

Cristina Mendoza Oliveira

# Dor Crónica, Vinculação e Acontecimentos de Vida Stressantes

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2012



Cristina Mendoza Oliveira

# Dor Crónica, Vinculação e Acontecimentos de Vida Stressantes

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2012

Cristina Mendoza Oliveira

## Dor Crónica, Vinculação e Acontecimentos de Vida Stressantes

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa como parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Doutora Isabel Silva e co-orientação da Professora Doutora Ana Gomes

---

Cristina Mendoza Oliveira

## **Resumo**

O presente trabalho de investigação tem como principal objectivo analisar se existe relação entre a dor crónica (severidade, interferência e duração), vinculação (dimensões/estilos de vinculação) e acontecimentos de vida stressantes (stress total, distress e eustress). Para a sua concretização, definiram-se três objectivos específicos: analisar se existe relação entre stress e dor crónica na amostra total e em cada um dos sexos; analisar se existe relação entre as dimensões da vinculação e dor crónica, na amostra total e em cada um dos sexos e verificar se existem diferenças entre os estilos de vinculação e a dor crónica, na amostra total e em cada um dos sexos. A relação entre a dor crónica, vinculação e acontecimentos de vida stressantes foi estudada em função de variáveis sociodemográficas (sexo; idade; estado civil; situação profissional e zona de residência) e clínicas (existência de doença crónica; duração da dor; relação entre acontecimentos de vida marcantes e início dos sintomas da dor crónica). Foi administrado um protocolo que contempla 3 instrumentos adaptados à população portuguesa: Escala de Vinculação do Adulto, Life Experience Survey e o Inventário Reduzido da Dor; bem como um questionário sócio-demográfico construído especificamente para a presente investigação. Foi estudada uma amostra não probabilística constituída por 100 participantes que reuniam os critérios de inclusão definidos para o presente estudo.

Os resultados alcançados revelam que na amostra total quer a severidade quer a interferência da dor aumentam à medida que a percepção de distress e stress total aumentam. Para o sexo feminino, à medida que a severidade aumenta, aumenta a percepção de distress, da mesma forma que à medida que a interferência aumenta, aumenta a percepção de distress e stress total. No que diz respeito à relação entre as dimensões da vinculação e dor crónica destaca-se que quanto maior for a confiança no outro menor é a interferência da dor. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os estilos de vinculação e a dor crónica quando analisada em função da amostra total e em função do sexo.

**Palavras-chave:** Dor crónica; vinculação, stress

## **Abstract**

This research work has as its main purpose to analyze if there is a relation between chronic pain (severity, interference and duration), attachment (attachment styles and dimensions) and stressful life events (total stress, distress and eustress). For its realization, three specific objectives were defined: analyze whether there is a relation between stress and chronic pain in the total sample and in each sex; analyze whether there is a relation between attachment dimensions and chronic pain, in the total sample and in each sex and ascertain if there are differences between the attachment styles and chronic pain, in the total sample and in each sex. The relation between chronic pain, attachment and stressful life events was studied considering sociodemographic variables (gender, age, marital status, employment status and area of residence) and clinical variables (existence of chronic disease, duration of pain, relationship between remarkable life events and onset of chronic pain symptoms). A protocol that includes 3 instruments adapted to the Portuguese population was administered: the Adult Attachment Scale, the Life Experience Survey and the Brief Pain Inventory – Short Form as well as a socio-demographic questionnaire designed specifically for this research. The research comprises a non-probabilistic sample of 100 participants who met the inclusion criteria previously defined for this study.

The results show that, for the total sample, pain severity and pain interference increase at the same time that distress and total stress perceptions also increase. For females, when pain severity increases, distress perception also increases, in the same way that when pain interference increases, distress and total stress perceptions also increase. When regarding the relation between attachment dimensions and chronic pain, is emphasized that the greater the confidence in others, the lower the pain interference. There were no statistically significant differences between attachment styles and chronic pain when analyzed in terms of the total sample and by gender.

**Key-words:** Chronic pain, stress, attachment

Aos meus pais,  
Pelo amor e apoio incondicional  
Por serem quem são  
A vós vos devo tudo o que sou hoje

*“ Um homem morre no esforço*

*Sete colinas no dorso...*

*Enquanto não há amanhã*

*Ilumina-me ....”*

Pedro Abrunhosa



## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho marca o fim de uma importante etapa da minha. Longa foi a viagem, plena de desafios que nos permite descobrir novas capacidades e a testar a resistência individual. Pautada por encontros e desencontros, contudo tendo sempre a certeza que não estaria sozinha nesta caminhada. A concretização deste trabalho não teria sido possível sem a presença de muitas pessoas que nunca deixaram de me apoiar e incentivar.

Aqui deixo o meu profundo agradecimento.

À Professora Doutora Isabel Silva pela orientação, dedicação e pelos desafios complexos que me foi colocando na realização deste trabalho.

À Professora Doutora Ana Gomes pela paciência, apoio e reforço em todo o percurso da realização deste trabalho em particular nos momentos de fraqueza e desorientação. Por ter acreditado em mim mesmo quando eu própria já duvidava. Por toda a partilha de conhecimento e momentos de reflexão.

A todos as instituições onde realizei a recolha de dados para a realização deste trabalho, por terem mostrado total disponibilidade para me receber, por terem mobilizado todos os recursos necessários que permitiram agilizar e concretizar este processo.

A todos os inquiridos que generosamente aceitaram participar neste estudo. Sem eles este trabalho não teria sido possível.

Ao Dr. Luís Agualusa, por me ter recebido como parte integrante da equipa de trabalho, por todos os esforços que permitiram agilizar o processo. Pela atenção, pela partilha e reflexão. Por ser a pessoa sensível e humana que é.

Aos meus pais, simplesmente por existirem, por serem o pilar da minha vida, por serem únicos e especiais. Ao meu pai por todo apoio e dedicação e pelas palavras certas na hora certa, por me ter ensinado a nunca desistir dos meus sonhos e valores. À minha mãe pela mulher fantástica que é, por todas as palavras de apoio e por me

lembrar constantemente que sou capaz. Por todos os ensinamentos que fizeram de mim o que sou hoje. A vocês o meu mais sincero obrigado, sem vocês isto não seria possível.

Às minhas irmãs, Melanie e Daniela, pelo apoio incondicional, carinho, partilha.

Ao Carlos, por partilhar e enfrentar comigo os desafios da vida, pelo apoio, pela paciência e pelo carinho. Por fazer parte da minha vida.

À Sónia, “tripulante de bordo”, pelos momentos marcantes desta viagem, pela amizade incondicional, pelo carinho e pela companhia nos momentos de tempestade, nas noites intermináveis, pelas gargalhadas, pelos momentos de silêncio à espera do amanhã... “ilumina-me”.

À Aninha, não encontro sequer palavras para agradecer. Por todo apoio. Por ser os meus “olhos” em momentos de maior tempestade. Pela amizade, pelo carinho, por ser a pessoa pura e genuína que é. És parte integrante de todo este processo.

À Mafalda, Maria, Emília, Sérgio, por terem percorrido comigo este caminho, pelo apoio, pela amizade.

Ao Nelson e à Joana, por todo apoio e incentivo constante.

Por fim, e não menos importante, à Universidade Fernando Pessoa, pela qualidade em ensino e pelos seus profissionais, em especial à Prof. Sónia Alves pelo apoio incondicional, pelo carinho. Por ser uma fonte de ensinamento inesgotável. Aos funcionários da biblioteca central, em especial à Carla e ao Humberto por toda ajuda prestada.

A todos o meu mais profundo e sincero obrigado.

## Índice Geral

Resumo .....	v
Abstract .....	vi
Dedicatória .....	vii
Agradecimentos .....	ix
Índice Geral .....	xi
Índice de Anexos .....	xiv
Índice de Figuras .....	xv
Índice de Quadros .....	xvi
Lista de Abreviaturas .....	xviii
 Introdução Geral .....	 1

## Parte I- Enquadramento Teórico

---

Capítulo I – Dor Crónica .....	4
1.1. Contextualização história e definição do conceito de Dor .....	4
1.2.. Classificação de Dor .....	7
1.2.1. Classificação da dor em função da sua localização .....	7
1.2.2. Classificação da dor em função da sua duração .....	8
1.3. Modelos Explicativos da Dor .....	10
1.4. Dor Crónica e Aspectos Psicossociais .....	17
1.5. Avaliação da Dor .....	18
1.6. Síntese .....	24

<b>Capítulo II – Vinculação .....</b>	<b>25</b>
2.1. Origens e Desenvolvimento da Teoria da Vinculação .....	25
2.2. Vinculação, Comportamento de Vinculação e Sistema de Vinculação .....	27
2.3. Modelos Internos Dinâmicos .....	31
2.4. Vinculação na Idade Adulta .....	34
2.5. Vinculação e a Vivência da Dor Crónica.....	40
2.6. Síntese .....	43

<b>Capítulo III – Stress.....</b>	<b>44</b>
3.1. Definição do conceito Stress .....	44
3.2. Modelos Teóricos de Stress.....	46
3.2.1. Modelo luta e fuga (Cannon).....	46
3.2.2. Modelo geral de Adaptação (Selye).....	47
3.2.3. Modelo Transaccional de Stress (Lazarus).....	49
3.2.4. Teoria Acontecimentos de Vida.....	51
3.3. Impacto fisiológico do stress.....	52
3.4. Stress e Doença Crónica .....	54
3.5. Síntese .....	56

## **Parte II- Estudo Empírico**

---

<b>Capítulo IV – Vinculação Acontecimentos de Vida e Dor Crónica: Apresentação do Método .....</b>	<b>57</b>
4.1. Pertinência do Estudo .....	57
4.2. Objectivos .....	58
4.3. Desenho da Investigação .....	59
4.4. Variáveis do Estudo .....	60

4.5. Método .....	61
4.5.1. Participantes .....	61
4.5.2. Material .....	64
4.5. Procedimentos .....	72
 <b>Capítulo V – Resultados.....</b>	<b>74</b>
<b>Capítulo VI – Discussão.....</b>	<b>84</b>
<b>Conclusão Geral.....</b>	<b>92</b>
<b>Referências.....</b>	<b>97</b>

## **Índice de Anexos**

**Anexo 1** – Pedido de autorização para a utilização dos instrumentos EVA e LES

**Anexo 2** – Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

**Anexo 3** – Parecer da Comissão de Ética da ARS- Norte

**Anexo 4** – Autorizações das instituições para a recolha de dados

**Anexo 5** – Consentimento Informado

**Anexo 6** – Questionário Sócio-demográfico

**Anexo 7** – Escala de Vinculação do Adulto

**Anexo 8** - Life Experience Survey

**Anexo 9** - Brief Pain Inventory (Short Form)

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> – Escala Visual Analógica.....	20
<b>Figura 2</b> – Escala Numérica.....	20
<b>Figura 3</b> – Escala Verbal.....	21
<b>Figura 4</b> – Escala Facial da Dor.....	21
<b>Figura 5</b> – Três fases do Síndrome Geral de Adaptação de Selye.....	48
<b>Figura 6</b> – Relação entre acontecimentos de vida, características e estados psicológicos e mudança imunológica .....	54
<b>Figura 7</b> – Variáveis em Estudo.....	59

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1</b> – Modelo das três dimensões Hazan e Shaver.....	39
<b>Quadro 2</b> - Distribuição dos participantes em função do sexo.....	62
<b>Quadro 3</b> - Idades dos participantes.....	62
<b>Quadro 4</b> – Distribuição dos participantes em função do estado civil.....	62
<b>Quadro 5</b> – Distribuição dos participantes em função da situação profissional.....	63
<b>Quadro 6</b> – Distribuição dos participantes em função da zona de residência.....	63
<b>Quadro 7</b> – Constituição do Questionário Sócio Demográficas e Variáveis Clínicas.....	64
<b>Quadro 8</b> - Dimensões da Eva e itens pertencentes a cada dimensão.....	65
<b>Quadro 9</b> – Coeficientes de consistências interna da Escala de Vinculação do Adulto.....	67
<b>Quadro 10</b> – Coeficientes de consistências interna do Inventário Resumido da Dor.....	70
<b>Quadro 11</b> – Distribuição dos participantes em função da existência de doença crónica.....	74
<b>Quadro 12</b> – Distribuição dos participantes em função do tipo de doença crónica.....	75
<b>Quadro 13</b> – Distribuição dos participantes em função da duração da dor.....	75
<b>Quadro 14</b> – Distribuição dos participantes em função da relação entre o início dos sintomas de dor e acontecimentos stressantes.....	76
<b>Quadro 15</b> - Distribuição dos participantes em função dos acontecimentos de vida stressantes.....	77
<b>Quadro 16</b> – Distribuição dos participantes em função dos factores que aumentam a dor.....	78
<b>Quadro 17</b> – Distribuição dos participantes em função dos estilos de vinculação.....	78
<b>Quadro 18</b> – Relação entre dor e stress para a amostra total.....	79
<b>Quadro 19</b> – Relação entre dor crónica e stress para o sexo feminino.....	79
<b>Quadro 20</b> – Relação entre dor crónica e stress em para o sexo masculino.....	80



<b>Quadro 21-</b> Relação entre dor crónica e as dimensões da vinculação para a mostra total.....	81
<b>Quadro 22</b> – Relação entre dor crónica e as dimensões da vinculação para o sexo feminino.....	81
<b>Quadro 23</b> – Relação entre dor crónica e as dimensões da vinculação para o sexo masculino.....	82
<b>Quadro 24</b> – Diferenças entre a dor crónica em função dos estilos de vinculação para a amostra total.....	82
<b>Quadro 25</b> – Diferenças entre a dor crónica em função dos estilos de vinculação para o sexo feminino.....	83

## **Lista de Abreviaturas**

ARS - Norte – Administração Regional Saúde

BPI- Brief Pain Inventory

EVA – Escala de Vinculação do Adulto

LES – Life Experience Survey

## **Introdução geral**

A dor é um fenómeno universal conhecido, experienciado por todo e qualquer ser humano, num dado momento, ao longo do seu ciclo vital. Trata-se de uma realidade bastante complexa, na medida em que se trata, por um lado, de um fenómeno multidimensional que envolve vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais, por outro, é um fenómeno subjectivo, dado que, unicamente poderá ser descrito pela pessoa que a sente (Turk, 2003).

A elevada prevalência da dor crónica tem despertado o interesse de muitos investigadores. Segundo um estudo realizado recentemente pelo Pain Proposal, verifica-se que 36% da população portuguesa sofre de dor crónica. Aproximadamente 50% referem que, esta afecta de forma moderada ou grave, as suas actividades domésticas e laborais, 4% perderam o emprego em consequência da mesma, 13% obtiveram reforma antecipada, 35% estão insatisfeitos com o tratamento para a dor crónica, tendo sido diagnosticada depressão em 17% destes adultos (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010).

Entendida como um dos sintomas mais frequentemente percebido pela população (Lopes & Macedo, 2010), caracteriza-se por ser um quadro doloroso que ultrapassa a função protectora do organismo e se mantém, para além do tratamento ou eliminação da ameaça inicial (Chapman, Nakamura & Flores, 1999).

Apesar de importante, a alteração biológica como precipitante do desenvolvimento da condição dolorosa, não é suficiente por si só, para explicar a vivência da dor. Estes autores descrevem a dor como fonte de ameaça que precipita comportamentos de vinculação que variam segundo as características dos seus modelos internos dinâmicos (Mikail, 2003).

Para além da influência dos estilos de vinculação (Matos, 2002), os acontecimentos de vida stressantes têm um impacto significativo na vida do indivíduo. As consequências potencialmente negativas que podem advir de uma má regulação do stress podem repercutir-se ao nível físico, psicológico e comportamental. Ao nível físico surgem associados sintomas como: dores de cabeça, dores de maxilares, ombros,

pescoço e costas, entre outras como aumento da tensão arterial, palpitações cardíacas (Hespanhol, 2005).

Quando a dor é desencadeada como consequência da exposição acentuada a situações de stress, podemos considerar a dor como um factor gerador de stress, ou seja um agente stressor (Tolentino & Rabelo, 2009).

Partindo deste enquadramento conceptual realizou-se um estudo observacional com uma amostra de indivíduos com doença crónica e /ou doentes com dor crónica, o qual teve como principal objectivo analisar a relação entre vinculação, acontecimentos de vida stressantes e dor crónica.

O presente trabalho encontra-se organizada em dois momentos: num primeiro momento procuramos delinear o enquadramento teórico que servirá como referência ao estudo empírico que se segue, no qual como já foi referido, pretendemos analisar a relação entre vinculação, acontecimentos de vida stressantes e dor crónica.

Na fundamentação teórica deste trabalho procuramos delimitar e clarificar conceitos básicos acerca da vinculação, stress e dor crónica, focalizando a nossa atenção na relação entre estilos de vinculação, stress e dor crónica.

Neste sentido e especificamente no primeiro capítulo abordamos aspectos como: definição do conceito dor; classificação da dor quanto à sua localização e duração; modelos explicativos da dor; aspectos psicossociais da dor, bem como, a avaliação da mesma.

No segundo capítulo abordamos as origens e desenvolvimento da teoria de vinculação, definimos conceito como: vinculação, comportamento de vinculação e sistema de vinculação. Abordamos ainda os modelos internos dinâmicos, bem como a vinculação na idade, no qual focalizamos a nossa atenção.

Posteriormente no terceiro capítulo, delimitamos e clarificamos conceitos relacionados com a temática stress onde foram explorados os seguintes pontos: definição do conceito stress; modelos teóricos de stress; impacto fisiológico do stress, bem como, a relação entre stress e dor crónica.

Seguidamente no Capítulo IV, começaremos por apresentar de forma pormenorizada o método geral que orientou a investigação. Desta forma iniciaremos com a definição da pertinência da problemática em investigação, especificando os seus objectivos de trabalho para depois proceder-se à descrição e caracterização da amostra. Após apresentação pormenorizada dos instrumentos utilizados, descreveremos o procedimento adoptado. No Capítulo V e VI apresentamos e discutimos os resultados obtidos.

Terminaremos com uma conclusão geral procurando descrever e analisar as implicações dos resultados encontrados, quer à luz da teoria, quer do ponto de vista prático, referindo-nos ainda, às limitações metodológicas do estudo, apresentando algumas sugestões para o desenvolvimento desta linha de investigação no futuro.

## **Capítulo I – Dor Crónica**

### **1.1. Contextualização Histórica e Definição do Conceito de Dor**

Fenómeno existente desde o início dos tempos, a dor caracteriza-se por ser a experiência mais vivenciada entre os seres humanos, perdendo-se o seu início no tempo. A História testemunha vários esforços realizados para a sua compreensão e tratamento, verificando-se uma evolução de modelos totalmente orgânicos, para modelos que envolvem componentes físicas e psicológicas (Bidarra, 2010).

A concepção de dor foi-se alterando ao longo dos tempos. Em tempos idos, a dor era atribuída a uma causa exógena (traumatismos e feridas) e obtinha conotações mágicas, acreditando-se que esta surgia devido a espíritos malignos ou como consequência de um castigo divino pelos pecados cometidos (Bastos, 2005).

A primeira abordagem organicista da dor surge com povo grego (Bastos, 2005). Aristóteles e Platão no Séc. IV a.C., tentaram compreender a dor de uma forma mais racional, tentando compreender os seus mecanismos, para desta forma poder evitá-la. Conceptualizavam a dor como sendo uma emoção em vez de uma sensação (Showb, 1997).

Na idade Média, a Medicina Árabe passou a dar importância à dor e às substâncias analgésicas. Na época do Renascimento, surge uma visão anatómica e fisiológica moderna da dor, definindo esta como, uma sensação transmitida pelo sistema nervoso (Showb, 1997). Leonardo da Vinci na época do renascimento identificou anatomicamente os nervos, identificando e determinando a sua relação com a dor, prosseguindo desta forma com a Teoria de Galeno que defina o cérebro como coordenador das sensações (Bastos, 2005).

No século XVII, René Descartes propôs a explicação da transmissão da dor numa figuração ascendente e directa que vai da periferia até ao sistema nervoso central, definindo os nervos como tubos através dos quais eram transmitidas as sensações ao cérebro, tornando-se conscientes na glândula pineal. Esta ideia foi ilustrada numa célebre figura de um indivíduo com o pé estimulado pelo fogo, apelando a sensação de

queimadura que irrita os filamentos de um nervo do pé e ascende até ao cérebro (Cailliet, 1999).

No início do século XIX surgem as primeiras teorias modernas sobre a dor, em resposta a necessidade de desenvolver modelos explicativos da dor mais completos. Neste sentido desenvolveram-se modelos multidimensionais que passaram a conceber a dor como um fenómeno complexo, multidimensional e mediatizado pela interacção de factores fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais (Besson, 1999).

A Gate Control Theory of Pain de Melzack e Wall (1987) caracteriza-se por ser uma teoria que marcou a investigação da dor, tendo esta salientado a existência de vias periféricas transmissoras do estímulo com os sistemas espinais de transmissão, que podia ser regulado por estruturas superiores (Bastos, 2005). Esta teoria, como veremos mais à frente neste capítulo, postula a existência de um mecanismo de modulação da dor localizado na zona dorsal da medula, que actua como porta, uma vez que impede ou deixa passar os impulsos nervosos que provêm dos nociceptores periféricos para os centros superiores.

Com o surgimento desta teoria põe-se em causa a ideia estabelecida pelo modelo biomédico que defendia que a dor estava directamente relacionada com a quantidade de dano tecidular, estabelecendo nesta altura o carácter perceptivo da dor (Bendelow & Williams, 1995).

Nos finais da década de 70 do século XX, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) definiu dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidular presente ou potencial, ou descrita como tal lesão. Esta definição não relaciona exclusivamente a sensação dolorosa ao estímulo nociceptivo (Júnior & Figueiredo, 2001), referindo a presença de uma dimensão emocional no fenómeno da dor, e cuja interferência na vivência de dor é reconhecida (Bidarra, 2010), estando portanto os factores nociceptivos e afectivos apresentados de uma forma concomitante (Stein & Kopf, 2010).

A dor é uma experiência que, em sua forma funcional, integra os conceitos definidos por nocicepção, ou seja, o processo neurofisiológico de detecção e sinalização

de um estímulo nocivo, sofrimento e conduta dolorosa (Souza, Forgione & Alves, 2000).

A dor caracteriza-se por ser um fenómeno multidimensional, uma experiência dinâmica pessoal e subjectiva (DGS, 2003). Esta subjectividade da dor apela ao seu significado pessoal que sustenta um valor relativo no plano semiológico da descrição qualitativa da dor (Bidarra, 2010). Fenómeno subjectivo e individual, a dor é uma experiência que não pode ser repetida apenas pela sua evocação (Júnior & Figueiredo, 2001), verificando-se uma notável variabilidade na sua percepção e expressão perante a mesma estimulação dolorosa. Neste sentido, a percepção da dor varia de indivíduo para indivíduo, na medida, em que depende da interpretação individual que cada um faz dos sinais recebidos do cérebro. (Roper et al., 1995). Assim como acontece na percepção da dor, a reacção da dor é igualmente individual.

No que concerne à dor aguda, caracterizando-se esta por ser uma dor fugaz com uma duração inferior a 6 meses, e apesar das diferenças individuais é possível identificar um conjunto de manifestações fisiológicas que podem ser observadas em praticamente todas as pessoas. Por sua vez, a dor crónica tem um início insidioso, uma duração igual ou superior a 6 meses, evidenciando ausência de sinais objectivos.

Classificada como o 5<sup>a</sup> sinal vital, a caracterização da dor apela ao seu carácter funcional, surgindo frequentemente como um sinal de alerta de perigo ou instabilidade do organismo (Gomes, 2008). Apesar de ser detentora desta característica protectora do indivíduo, por vezes, o quadro algico persevera após tratamento e/ou causa inicial, deixando desta forma de cumprir um papel de manutenção de sobrevivência do indivíduo (Gomes, 2008), podendo perdurar no tempo e tornar-se na doença de si mesma (Bastos, 2005).

Fernandez e Turk (1992) salientam que a dor é um fenómeno simultaneamente somático e psíquico ou sensorial e afectivo, defendendo a interdependência ou covariância de ambos os factores, sendo importante encará-la na unidade psicossomática do indivíduo.



## **1.2. Classificação da Dor**

### **1.2.1. Classificação da dor em função da sua localização**

#### **a) Dor de origem periférica**

De acordo como Kanner (1998) a dor de origem periférica tem como início um transtorno orgânico nas fibras nervosas periféricas, que ao transmitirem os impulsos correspondentes desencadeiam a sensação de dor. Este tipo de dor divide-se em superficial e profunda.

#### **- Dor Superficial**

A dor superficial tem origem na pele e nas mucosas (Filho, 1992; Loureiro, Caseiro, Magalhães & Costa, 1999). Caracteriza-se por ser de carácter agudo e penetrante e localiza-se no local de origem, tendo uma duração variável. No que diz respeito a dor cutânea de curta duração, esta é descrita como algo que “espeta”. Por outro lado, quando prolongada é descrita como uma sensação de queimadura (Loureiro et al, 1999).

Este tipo de dor tem como finalidade proteger o organismo face a ameaças externas. Qualquer estímulo, quer seja, eléctrico, mecânico ou térmico é capaz de provocar um dor superficial ou cutânea (Loureiro et al., 1999).

#### **- Dor Profunda: Somática e Visceral**

Este tipo de dor divide-se em duas subclasses: a dor somática profunda e dor visceral (Coniam & Diamond, 1997; Filho 1992).

As dores somáticas profundas incluem as originadas em músculos, ossos, articulações, entre outras (Filho,1992). Neste tipo de dor a localização e propagação da mesma dependem da intensidade e duração do estímulo. Geralmente quanto mais intenso é o estímulo nocivo, menos localizável e mais difusa é a dor (Loureiro et al., 1999).

Este tipo de dor tem também como função proteger o organismo fazendo com que o indivíduo procure isolamento e permaneça o mais inactivo possível (Coniam & Diamond, 1997).

No que concerne à dor profunda visceral esta é descrita como uma dor que o doente tem dificuldade em localizar ao contrário do que acontece nas dores superficiais (Filho, 1992; Loureiro et al., 1999). Traduz-se numa dor profunda, sentida longe do local de origem (Filho, 1992). Surge na sequência de lesões e doenças que afectam os órgãos internos, geralmente os órgãos viscerais (Loureiro et al., 1999).

### **b) Dor de Origem Central**

A dor de origem central caracteriza-se por ser uma dor espontânea que surge como consequência de lesões neurológicas da medula espinal, bulbo raquidiano, tálamo ou córtex cerebral (Filho, 1992; Thomas, 2003). As causas mais frequentes neste tipo de dor são lesões traumáticas da medula. Localiza-se em zonas periféricas que estão hipossensíveis ou “anestesiadas” devido a lesão neurológica. Uma das características muito específicas deste tipo de dor prende-se com o início dos sintomas, que habitualmente acontece semanas ou até mesmo meses depois da causa da lesão neurológica (Cailliet, 1999).

### **c) Dor de Origem Psicogénica**

O termo dor psicogénica utiliza-se em casos em que a dor não apresenta uma causa orgânica real. Nestes casos e perante a não detecção de qualquer causa física de doença ou lesão, podemos levantar a hipótese que estamos perante uma dor de origem psicológica (Cailliet, 1999; Filho, 1992).

## **1.2.2. Classificação da dor em função da sua duração**

Relativamente à classificação da dor, em função da sua duração, esta pode ser classificada em duas categorias: a dor aguda e a dor crónica (APA, 2002). Para além de cada uma destas dores se manifestar de forma distinta, a lesão de origem é diferente, assim como a resposta à terapêutica difere (Filho, 1992).

### **a) Dor aguda**

As dores agudas são consideradas fisiológicas e por terem uma função de alerta e de protecção do organismo. Associada a doenças, processos inflamatórios, acidentes e procedimentos médico ou cirúrgicos, funciona como um alarme indicador de que algo está errado (Lima & Trad, 2008).

Caracteriza-se por um padrão temporal bem definido. O seu início e fim é breve, a sua duração é reduzida e é sempre menor que 3 ou 6 meses (APA, 2002), observando-se expressões faciais que demonstram a síndrome dolorosa e posturas de protecção. A dor aguda é acompanhada de alterações no sistema nervoso autónomo, apresentando manifestações clínicas como, taquicardia, taquipneia, aumento da tensão arterial, sudorese e pode, inclusivamente, provocar agitação motora. Por vezes, estas dores podem atingir um grau de intensidade elevado, provocando incapacidade para a realização de determinadas tarefas tendo um impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo (INCA, 2001; Rigotti & Ferreira, 2005). O seu alívio e desaparecimento é esperado após intervenção na causa, sendo que este tipo de dor responde geralmente de forma eficaz às terapêuticas e não tende a ser recorrente (Coniam & Diamond, 1997; Diamond & Coniam, 1999).

### **b) Dor Crónica**

A dor crónica é definida como uma experiência psicofisiológica desagradável que permanece apesar de ter diminuído ou desaparecido o dano tecidular (INCA, 2001). Ao contrário da dor aguda, a dor crónica não tem uma função biológica de alerta, na medida que não há respostas neurovegetativas associadas ao sintoma (Rigotti & Ferreira, 2005). Enquanto, que a dor aguda se afigura como sintoma que induz a um diagnóstico e que, uma vez tratada, diminui em si mesma ou cessa, a dor crónica perdura no tempo e, frequentemente torna-se doença (Bastos, 2005). De padrão evolutivo e intensidade com variação individual, a dor crónica é geralmente difícil de delimitar no espaço e no tempo, mantendo-se através de processos patológicos crónicos, de forma contínua e recorrente (INCA, 2001). O diagnóstico de dor crónica surge quando esta persiste por mais de 6 meses ou mais que o tempo previsto para recuperação do doente (APA, 2002; Barros, 2004).

A duração prolongada e a intensidade da dor crónica potenciam um certo grau de incapacidade física que surge habitualmente acompanhado de sintomas vegetativos, tais como, perturbação do sono, do apetite, diminuição da actividade sexual e aumento da irritabilidade (Kanner, 1998). O impacto psicológico na dor crónica é mais exacerbado do que da dor aguda e encontra-se frequentemente associado a sintomatologia ansiosa e depressiva (APA, 2002; Barros, 2004).

A dor crónica caracteriza-se por ser de diagnóstico difícil e pelo sucesso do seu tratamento ser bastante limitado (Kanner, 1998).

### **1.3. Modelos Explicativos da Dor**

Até ao presente ponto, temos abordado a temática da dor, centrando-nos em aspectos clínicos da mesma, urge igualmente a necessidade de explorar a evolução dos modelos conceptuais que potenciaram e desenvolveram a compreensão da dor. O progresso da neurobiologia, fisiologia e processo psicológicos, comportamentais e cognitivos alcançados ao longo do tempo resultou na elaboração de algumas teorias explicativas do mecanismo de dor.

Tradicionalmente uma causa física precisa de ser estabelecida, com a pressuposto de que pode ser eliminada ou minimizada. No caso de nenhuma causa física ser estabelecida, a dor passa então para o domínio idiopático, considerando-a como um aspecto psicológico, centrando-se que no conceito de que a dor existe apenas na mente das pessoas. Neste sentido surge a necessidade de compreender a dor a luz do modelo psicossocial (Turk, 2006).

#### **Primeiras teorias sobre a dor**

Os primeiros modelos explicativos da dor, descreviam-na com base no modelo biomédico, descrevendo-a como uma resposta automática a um factor externo (Ogden, 2004). Na sua essência, este modelo reflecte uma compreensão acerca de processos patológicos identificando padrões consistentes observáveis de sintomas, a sua causa, bem como, curso dos sintomas (Seymour & Paz, 2004), caracterizando-se por ser um modelo de doença que considera apenas processos orgânicos, não incluindo a

importância de factores psicológicos ou sociais na compreensão da dor (Ribeiro, 2005). Neste sentido, pode concluir-se que, na área da Medicina, o fenómeno dor é encarado apenas como um acontecimento no corpo físico. Esta relação simples entre estímulo-resposta foi reforçada a partir da teoria da especificidade da dor, que defendia que a ligação entre a causa da dor e o cérebro era vista como directa e automática à semelhança do descrito por Descartes (Ogden, 2004).

A perspectiva biomédica pressupõe que a dor é uma resposta automática a um factor externo. Quando falamos de áreas específicas, como por exemplo, a dor, o espartilhar do tratamento não faz sentido, na medida em que é necessário considerar os aspectos psicológicos, sociais para além dos factores físicos (Ogden, 2004), vendo o paciente como um todo.

### **Abordagem Psicológica**

Os primeiros modelos explicativos da dor não davam lugar à Psicologia, no entanto, ao longo do séc. XX, esta viria a desempenhar um papel importante na compreensão da dor, compreensão essa, que se sustentou em várias observações. Observou-se que tratamentos médicos para a dor só eram uteis para o tratamento de dores agudas, verificando-se que tais tratamentos eram ineficazes no tratamento da dor crónica, o que nos levou a concluir que poderão existir outras variáveis envolvidas na sensação de dor que não surgem contempladas nos modelos simples de resposta ao estímulo (Ogden, 2004). Uma outra observação prende-se com o facto de indivíduos com o mesmo grau de lesão dos tecidos diferirem nos seus relatos da sensação dolorosa, e/ou resposta dolorosa, prendendo-se este facto com o significado que o indivíduo dá à experiência de dor. A terceira observação refere-se à dor do membro fantasma. Indivíduos com membros amputados têm tendência a sentir dor no membro ausente podendo esta aumentar após amputação (Ogden, 2004).

A denominação de dor crónica como idiopática conduziu a uma nova área de explicação. Neste tipo de síndrome de dor crónica idiopática, não existe causa física determinada ou a dor relatada pelo doente é excessiva face às provas físicas encontradas (Gonçalves, 2002). Algumas teorias psicodinâmicas consideraram a dor “intratável”

como expressão de uma perturbação ocasional que surge de conflitos inconscientes e não resolvidos (Seldrake, 2005).

A evidência psicológica sobre a dor não suporta a relação exclusiva entre a percepção dolorosa e intensidade do estímulo. Pelo contrário, evidencia que a quantidade e a qualidade da dor percebida são determinadas por diversas variáveis psicológicas (Melzack, 1993).

Estas observações sugerem que a experiência de dor pode sofrer variações de indivíduo para indivíduo, podendo esta variação assentar numa base psicológica (Ogden, 2004).

A forma como cada indivíduo responde à dor pode, por si só, aumentar ou diminuir a percepção da mesma. Comportamentos de dor que são reforçados através da atenção, do reconhecimento e dos ganhos secundários (como, por exemplo, não ir trabalhar) podem aumentar a percepção de dor. Por outro lado, o comportamento de dor pode ter consequências a nível de actividade muscular e causar o seu enfraquecimento, bem como, ausência de contacto social, podendo levar a pessoa a desempenhar um papel de doente, o que, por si só, pode implicar uma vez mais o aumento da percepção de dor (Ogden, 2004).

A cronicidade e a persistência da dor podem implicar o aparecimento de cognições disfuncionais. A análise de estudos que avaliam as representações da doença mostra que existe uma tendência comum na forma como os indivíduos que padecem de uma doença organizam as suas crenças acerca da mesma. Assim, indivíduos que constroem a sua doença como sendo altamente sintomática, apresentam, habitualmente, associada a ideia de que a doença é incontrolável, crónica e tem consequências sérias na sua vida enquanto, aqueles que constroem as suas representações em volta de uma percepção de controlo sob a sua doença, percebem a sua doença como menos grave e com menores consequências (Hagger & Orbell, 2003). Deste modo, as cognições negativas podem ampliar ou distorcer a experiência de dor (Turk & Flor, 1999), e, no caso da dor crónica, podem contribuir para a exacerbação, atenuação ou manutenção da dor (Gonçalves, 2002).

## **Teoria do Portão de Controlo da Dor (Gate Control Theory)**

Melzack e Wall propuseram em 1965, através da Teoria do Portão de Controlo, uma compreensão multidimensional dos fenómenos da dor. Este modelo teve como objectivo explicar os fenómenos presentes na dor, bem como, conceptualizar as estruturas fisiológicas responsáveis por estes mecanismos (Melzack,1993;2001), tentando desta forma explicar como a activação de certos mecanismos podem diminuir ou suprimir a percepção da dor, através da estimulação de interneurónios que vão inibir os terminais centrais dos nociceptores e os neurónios de projecção (Castro Lopes, 2003).

A teoria do portão de controlo da dor, sugere que, embora a dor possa ser compreendida em termos de uma via estímulo-resposta, esta é mais complexa do que isso e mediada por uma rede de processos interactivos (Melzack, 1993).

A partir deste modelo e da aceitação da influência dos factores psicológicos e a percepção de que a dor é o resultado de um processo biopsicológico muito complexo tornou-se possível compreender melhor o fenómeno da dor (Bastos,2005).

Segundo a teoria do portão de controlo da dor, o desencadear da experiência da dor e da sua reacção, efectua-se a três níveis: na periferia, na medula espinal e no cérebro, caracterizando-se estes por serem os principais “portões de controlo” (Bastos, 2005). O controlo é exercido em sentido ascendente, inibindo ou facilitando a propagação do estímulo da periferia (local da lesão) para o cérebro, e descendente, do cérebro até aos cornos posteriores da medula. A abertura e o fecho do portão que simboliza a passagem ou não da informação dolorosa ao longo das vias nervosas, são controladas pelas substâncias químicas produzidas pelo sistema nervoso. Os neurotransmissores de excitação produzidos quando há lesão dos tecidos actuam abrindo o portão no caso da sua libertação ou acção não ser bloqueada pelos neurotransmissores de inibição (e.g. serotonina) que fecham o portão. A propagação da informação no sentido ascendente é também condicionada pelo tipo de fibras nervosas que predominam na condução dos estímulos, isto é, as fibras grossas levam ao encerramento do portão, enquanto que as fibras finas levam à sua abertura. Também na regulação descendente o influxo sensitivo ligado aos processos cognitivos, emocionais e

a estimulação auditiva e visual das estruturas cerebrais promove o encerramento do portão (Melzack, 1987; Bastos, 2005)

Neste sentido, o portão consiste num grupo de células situadas nos cornos dorsais da coluna vertebral que regula a troca de informação entre o cérebro e a periferia através de processos bottom-up e up-down (Ogden, 2004). Neste sentido, o portão integra as informações das diversas fontes e produz uma saída de informação. Esta informação é enviada para um sistema de acção do qual resulta a percepção da dor (Ogden, 2004). Quanto mais aberto estiver o portão, maior é a percepção de dor. Existem factores de natureza física, emocional e comportamental que contribuem para abrir ou fechar o portão. Neste sentido, as lesões ou a activação das fibras longas, a ansiedade, a depressão, a concentração negativa na dor são factores que abrem o portão, tornando, desta forma, mais intensa a experiência de dor. Por outro lado, a estimulação das fibras curtas, a felicidade, o optimismo, o relaxamento e a distração com outras actividades de interesse do indivíduo e a medicação funcionam como factores protectores que fecham o portão e diminuem a percepção negativa da experiência de dor (Ogden, 2004).

Apesar de preponderantemente neurofisiológica, a teoria do portão de controlo da dor afigurou-se pioneira na introdução de sistemas psicológicos na explicação do processamento da informação nociceptiva, referindo o sistema sensorio-discriminativo que interfere com a transmissão de informação temporal e espacial acerca da estimulação; o sistema motivacional-afectivo que trabalha como um moderador emocional da dor; e o sistema cognitivo-avaliativo, que compreende as alterações na qualidade e intensidade da dor quando o significado da dor muda (Gomes, 2008).

Este modelo defende a não linearidade directa da dor em função apenas do estímulo ou da sensação de origem, admitindo e contemplando a variabilidade inter-pessoal das respostas dolorosas em função do estado biopsicossocial do indivíduo, tendo em conta a interferência de mecanismos neurobiológicos no agravamento, bem como, no alívio da dor (Bastos, 2005).

Este modelo, conceptualiza a dor como o resultado de um processo biopsicológico complexo, integrando a influência da percepção da dor, do papel activo e



não passivo do indivíduo, o papel da variabilidade individual, as causas múltiplas na dor e a combinação de aspectos de ordem física e psicológica na origem da dor (Ogden, 2004). Desta forma, aspectos psicológicos, cognitivos e comportamentais, interagem com o mecanismo biológico da abertura e fecho do portão, levando a um sistema de acção que origina a dor (Melzack, 2001; Ogden, 2004).

Este modelo evidenciou a pertinência e a necessidade da integração de factores neurofisiológicos e psicológicos para uma compreensão mais completa do fenómeno da dor (Araujo-Soares, McIntyre & Figueiredo, 2002), reforçando a relação entre o corpo e mente na compreensão do mesmo (King, 2006).

Em suma, pode dizer-se que a sensação representa apenas uma das vertentes estruturais da percepção da dor (Gonçalves, 2002). Apesar da dor tradicionalmente não ser considerada um transtorno psicológico, actualmente as definições de dor remetem para a existência de factores psicológicos na sua vivência, reforçando-se desta forma a necessidade de combater o conceito dualista de que a dor se encontra dividida entre dor associada a causas orgânicas e a dor considerada secundária a factores psicológicos, dado que mesmo nos casos em que os factores etiológicos envolvidos na dor são psicológicos, a percepção que o indivíduo tem é de dor e sofrimento real (King, 2006).

### **Modelo Biopsicossocial**

Apesar de não ser um modelo muito preciso, contribui para a fundamentação e compreensão da dor crónica. Este modelo defende a existência de três áreas que influenciam e afectam o indivíduo na experiência de dor, sendo estas: o estado fisiológico da dor; o mundo psicológico do indivíduo (variáveis internas e externas) e o meio ambiente do mesmo, onde se incluem os familiares, pessoas que o rodeiam, bem como o contexto cultural onde está inserido (Seldrake, 2005). Estas áreas estão intimamente ligadas e influenciam-se mutuamente (Brown, Bonello & Pollard, 2005).

A pertinência em analisar a dor crónica na perspectiva do modelo biopsicossocial, prende-se com o facto de, se a dor não for controlada diminuída, provavelmente irá aumentar no que concerne à severidade e à interferência. Um controlo ineficaz poderá conduzir a perturbações emocionais. Estes podem traduzir-se

em quadros de ansiedade e depressão, inaptidão e estigmatização por parte da sociedade, para além de potenciar uma diminuição significativa nas actividades do quotidiano. Evidenciando-se neste sentido a necessidade de integrar o indivíduo e a experiência de dor num todo, intervindo na dor numa perspectiva multidimensional que considera os estados físicos, psicológicos e sociais (Ribeiro, 2005; Silva & Branco, 2001).

Reforça-se mais uma vez a ideia de que a dor crónica não tem apenas uma base neurofisiológica e física, envolvendo igualmente o condicionamento dos sistemas neurofisiológicos pela própria dor e pela experiência psicossocial (Seldrake, 2005). Aqui se enquadra a nocicepção, as emoções, pensamentos, crenças e comportamentos do indivíduo (Silva & Branco, 2001).

No que concerne às emoções é um facto estabelecido e reconhecido que a dor não é apenas uma experiência sensorial mas também emocional. Verifica-se que indivíduos que apresentam estados emocionais negativos (e.g. ansiedade e depressão), tendem a apresentar maior percepção da severidade da dor, bem como, uma maior implicação dos estados de dolorosos no funcionamento normal do quotidiano (Silva & Branco, 2001).

Os pensamentos e crenças dizem respeito a forma como os indivíduos racionalizam a sua experiência de dor. Desta a experiência, os indivíduos podem adquirir uma postura psicológica que pode ser adaptativa (reduzidora de consequências), ou pelo contrário mal-adaptativa (potenciadora das consequências da dor na qualidade de vida). Neste sentido, os pensamentos e crenças representam as estratégias que o indivíduo desenvolve para lidar com a dor (Silva & Branco, 2001).

Relativamente ao comportamento, estes podem ser construtivos ou prejudiciais, podendo estes últimos reforçar a percepção negativa da experiência da dor, acentuando o estado de sofrimento, limitando as suas actividades diárias e funções sociais. A adaptabilidade e compreensão por parte dos pares, que rodeiam o indivíduo com a dor podem reforçar ou ajudar a controlar o impacto da dor (Gala et al., 2003).

#### **1.4. Dor Crónica e Aspectos Psicossociais**

A dor crónica afecta significativamente a qualidade de vida do indivíduo (Ferreira- Valente, Ribeiro & Jensen, 2010), bem como o meio ambiente do mesmo (Bidarra, 2010). É acompanhada por um conjunto complexo de alterações somáticas, psicológicas que integram o problema da dor crónica e intensificam significativamente o sofrimento do indivíduo (Rodrigues & Gomes, 2008), tendo consequências directas na génese, manutenção e expressão da vivência dolorosa (Júnior & Figueiró, 2001).

A experiência dolorosa desenvolve geralmente no indivíduo sentimentos de frustração, tristeza e solidão, levando muitas vezes ao isolamento, o que por si só pode acarretar inúmeros problemas, nomeadamente ao nível do funcionamento diário, familiar, laboral e social (Catalano & Hardin, 2004).

O quadro algíco de dor crónica detém características comportamentais e psicológicas que exacerbam os sintomas para além dos aspectos físicos da dor, nomeadamente a história de insucessos no controlo da dor, que potenciam o surgimento de sentimentos de desesperança e desespero; debilidade física notável, oriunda da inactividade e perda de interesse em actividades do quotidiano, bem como o desenvolvimento de quadros depressivos e ansiosos, ligados a sintomas disfuncionais como o evitamento ou redução significativa da actividade física habitual, perturbação do sono e da alimentação, conflitos familiares ou sociais (Gomes, 2008), utilização inadequada do sintoma para conquistar a atenção dos outros e outros ganhos pessoais (Araújo-Soares, Figueiredo, 2001) e o consumo exacerbado de medicação para o controlo da dor, da ansiedade e da depressão (Gomes, 2008).

A ansiedade e a depressão caracterizam-se por ser as alterações psicológicas mais comuns nos indivíduos com quadros de dor crónica (Ferreira- Valente, Ribeiro & Jensen, 2010), surgindo frequentemente associadas à exacerbação da percepção de dor por parte dos doentes (INCA, 2001).

Associado à depressão podem surgir sentimentos de passividade, baixa auto-estima, bem como, um diminuição na crença de que a dor pode ser tratada ou controlada (Ferreira- Valente, Ribeiro & Jensen, 2010).

A cronicidade da dor torna o sujeito mais vulnerável a fenómenos de aprendizagem e condicionamento, conduzido frequentemente esta cronicidade a mudanças no estilo de vida, nas actividades do quotidiano e nos relacionamentos sociais (Soares, 1997).

A resposta emocional face à dor tende a ser desadaptativa e a procura de ajuda pode tornar-se rotineira, o que leva muitas vezes o indivíduo a começar a dedicar-se de forma exclusiva a comportamentos relacionados coma dor (Júnior & Figueiró, 2001).

No contexto laboral é frequente a contribuição da dor crónica para a diminuição da capacidade ou até mesmo inaptidão laboral (Martins, 2009).

### **1.5. Avaliação da Dor**

O fenómeno da dor, enquanto experiência sensorial e emocional (IASP, 1979), requer uma análise objectiva e fundamentada da causa do problema, tendo em conta, a evidente dificuldade em objectivar o que é subjectivo por natureza (Paulo, 2003). A avaliação da dor deve assentar numa base de cariz multidisciplinar e biopsicossocial (Gonçalves, 2002). Neste sentido, é necessário avaliar os factores multidimensionais que caracterizam a mesma. Para além do tipo de dor, importa avaliar a intensidade, duração, localização, assim como, o impacto da experiência de dor na vida do indivíduo (Frutuoso & Cruz, 2004), explorando, várias dimensões psicológicas relacionadas com a vivência da dor, nomeadamente, dimensão afectiva, cognitiva, psicossocial e sociocultural (Catana, 2005). Esta compreensão da construção psicológica da vivência da dor envolve, além dos factores emocionais, cognitivos e comportamentais, uma atenção para aspectos culturais, éticos e linguísticos (Kanner, 1998), história e estilo de vida, tipos de aprendizagem, ambiente social e cultural da pessoa, entre outros (Frutuoso & Cruz, 2004).

O processo de avaliação da dor crónica caracteriza-se por ser um momento de particular relevância, tendo em vista o diagnóstico e o tipo de tratamento a seguir. Vários são os instrumentos que têm sido utilizados para mensurar a percepção/sensação de dor. Alguns instrumentos avaliam a dor como uma qualidade simples, única e unidimensional, que varia apenas em intensidade, já outros, avaliam a dor como sendo

multidimensional, considerando-a como uma experiência composta também por factores afectivo-emocionais (Sousa & Silva, 2004).

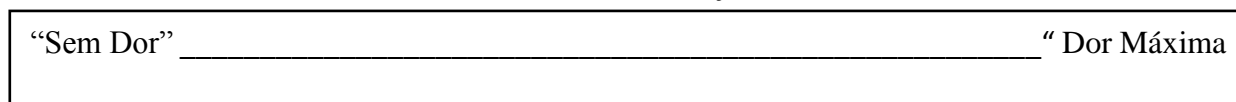
Os instrumentos unidimensionais são indicados apenas para quantificar a severidade ou a intensidade da dor. Dado não considerarem outros aspectos da dor, apresentam a vantagem de serem rapidamente administrados tornando-os vantajosos em casos em que é necessário uma frequente mensuração da dor ou com pacientes que apresentam baixa tolerância a avaliações muito longas. Estes instrumentos quantificam a dor, porém são criticados por não possibilitarem mensuração multidimensional dessa experiência (Andrade, Pereira & Sousa, 2006).

As escalas numéricas, nominais e analógico-visuais inserem-se no grupo dos instrumentos unidimensionais (Sousa & Silva, 2004), que de seguida apresentamos brevemente.

### **Escala Visual Analógica (Visual Analogue Scale - VAS)**

Esta escala consiste numa linha horizontal que representa uma qualidade contínua de intensidade, tendo a indicação nas extremidades a classificação “sem dor” e “dor máxima”, sendo, os indivíduos instruídos a assinalar qual o intervalo que melhor representa a intensidade da dor percebida (Araújo-Soares & Figueiredo, 2001). (Fig.1)

Esta escala é a mais indicada para quantificar a severidade ou a intensidade da dor, dado que, o respondente apenas tem que assinalar em qualquer ponto da escala a intensidade de dor percebida, ao contrário da escala verbal, em que, deve escolher uma palavra. A sua utilização pode ser útil em situações clínicas em que se pretenda mensurar a intensidade da dor como resultado de um tratamento, sendo de fácil administração (Rigotti & Ferreira, 2005). Contudo, também apresenta limitações, por um lado, por esta ser de natureza unidimensional, encarando a dor como um fenómeno unitário (Araujo-Soares & Figueiredo, 2001), bem como, pelo facto de a escala exigir um maior nível de função cognitiva, podendo ser, inapropriada para indivíduos com baixos níveis literários e/ou com alterações cognitivas e visuais (Andrade, Perreira & Sousa, 2006).



*Figura 1. Escala Visual Analógica (Direcção – Geral de Saúde, 2003, p.2.)*

### **Escala Numérica (Numeric Rating Scale - NRS)**

Esta escala consiste numa régua dividida em dez partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10 (Fig.2). Pretende-se que o respondente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, em que 0 corresponde a classificação “sem dor” e a 10 a classificação “ Dor máxima” (Rigotti & Ferreira, 2005; Freitas, Vieira, Torres & Pereira 2009). Caracteriza-se por ser de fácil e rápida administração, apresentando, contudo, limitações na aplicação junto de indivíduos com alterações cognitivas e/ou baixos níveis literários, devido à necessidade de domínio das propriedades aritméticas (Andrade, Pereira & Sousa, 2006).

Sem Dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

*Figura 2. Escala Numérica (Direcção – Geral da Saúde, 2003, p.2)*

### **Escala Verbal (Verbal Rating Scale - VRS)**

Esta escala permite que o indivíduo quantifique a sua experiência dolorosa usando frases que representam diferentes intensidades subjectivas de dor. Neste sentido, o respondente classifica a intensidade da sua dor, de acordo com os adjectivos: “Sem Dor”; “ Dor Ligeira”; “Dor Moderada”; “ Dor Intensa” ou “ Dor Máxima” (Andrade, et al., 2006) (Fig.3). Apresenta como vantagem a sua fácil e rápida administração. Como limitações e na sequência do que acontece com as escalas supramencionadas, esta escala pode ser inadequada para indivíduos com alterações cognitivas e visuais e/ ou baixos níveis literários. Contudo, existe uma variação da escala, apresentada em forma de termómetro, mostrando-se esta versão mais adequada junto de pacientes com alterações cognitivas moderadas a graves ou que apresentem dificuldades abstracção (Andrade, et al., 2006).

A Escala Verbal é considerada a que melhor descreve a dor e a mais fácil de completar (Andrade, et al., 2006).

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Figura 3. Escala Verbal (Direcção – Geral da Saúde , 2003, p.2)

### Escala Facial de Dor (Faces Pain Scale – FPS)

Nesta escala é solicitado ao indivíduo que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, em que a expressão de felicidade corresponde a classificação “sem dor” e a expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “dor máxima” (Fig.4). Mostra-se como alternativa fidedigna para avaliar a intensidade da dor em indivíduos com baixa habilitação literária, sem alterações cognitivas ou com alterações cognitivas leves, porém sua aplicação é inadequada junto de indivíduos com alterações cognitivas graves (Andrade, et al., 2006).

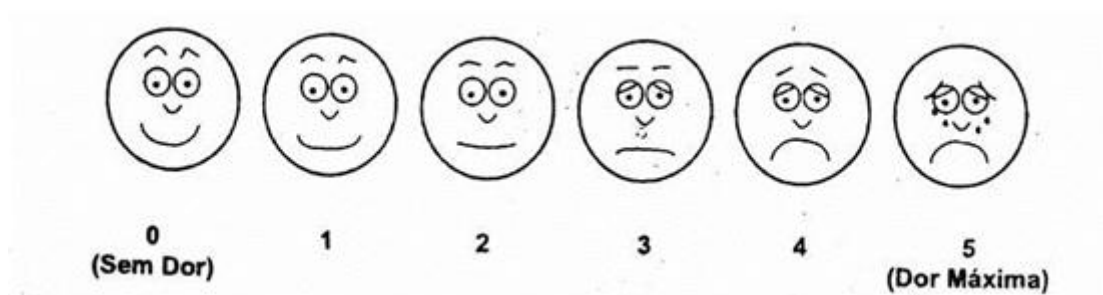


Figura 4. Escala Facial de Dor (Direcção- Geral da Saúde, 2003, p.3)

Por sua vez, existem os instrumentos multidimensionais que não medem apenas a intensidade da dor mas também outros aspectos relacionados com a experiência de dor (Sousa & Silva, 2004). Estes instrumentos possuem a vantagem de avaliar a dor em toda a sua complexidade, mensurando a sua intensidade, localização e qualidades afectivas e sensoriais (Martinez, Grassi & Marques, 2011).

Os instrumentos multidimensionais permitem aceder a informações acerca da experiência de dor como um todo, que se mostra extremamente importante na avaliação

inicial, bem como, durante todo o processo de tratamento (Sousa & Silva, 2004). Estes instrumentos constituem uma parte necessária da avaliação da dor, na medida em que, instrumentos unidimensionais não avaliam adequadamente a complexidade da experiência da dor, fracassando na apreensão das muitas características da mesma (Sousa & Silva, 2004).

Seguidamente, iremos apresentar de forma sucinta dois instrumentos multidimensionais que têm sido frequentemente utilizados tanto na prática clínica como em pesquisas, tendo estes, as suas características metrológicas asseguradas, tais como, a fidedignidade, validade e estrutura factorial:

### **Questionário McGill de Dor (McGill Pain Questionnaire – MPQ)**

O Questionário de McGill foi desenvolvido por Melzack em 1975 com o objectivo de fornecer uma avaliação global da dor.

Este questionário caracteriza-se por ser uma das escalas multidimensionais mais utilizadas para avaliar outras características da dor para além da intensidade (Pimenta & Teixeira, 1996). Este instrumento avalia a dor em três dimensões, sensoriais, afectivas e avaliativas da dor. Inclui um diagrama corporal para localização da dor e a caracterização de aspectos como a periodicidade e duração da queixa álgica, uma escala de intensidade (0 a 5) e 78 descritores de dor agrupados em 4 grandes grupos e 20 subgrupos (Andrada, et al., 2006; Melzack, 1975).

O questionário McGill de Dor é considerado o melhor instrumento para caracterizar e discernir os componentes afectivos, sensitivos e avaliativos da dor, quando se pretende obter informações qualitativas e quantitativas a partir de descrições verbais (Pimenta & Teixeira, 1996).

Este instrumento caracteriza-se por ser a medida mais amplamente usada para a avaliação da dor, contudo também tem sido criticado por ser um instrumento longo (Sousa & Silva, 2004). Neste sentido, Melzack, desenvolveu uma versão reduzida do instrumento que permitiu aumentar a sua utilidade clínica, mantendo as mesmas propriedades psicométricas da versão original (Sousa & Silva, 2005).



Não obstante de representar um marco importante em direcção à avaliação da experiência da dor, este instrumento também apresenta limitações. Como limitações temos: os procedimentos de escalonamento de categorias inicialmente utilizadas para quantificar cada conjunto de descritores fornecerem informação ordinal em vez de intervalar; o uso de escalas de categorias também produz um alto grau de viés pela imposição no limite de respostas. É ainda limitado na sua capacidade para fornecer informação quantitativa acerca da dor, bem como, o facto da versão mais longa demorar cerca de 5 a 15 minutos a ser completada, provocando em alguns indivíduos confusão com o vocabulário (Sousa & Silva, 2005).

### **Inventário Breve da Dor (*Brief Pain Inventory – BPI*)**

O BPI foi desenvolvido por Charles Cleeland em 1991 com o objectivo de avaliar a gravidade e o impacto da dor no funcionamento diário do indivíduo, especificamente o nível de severidade e interferência da dor nas dimensões do quotidiano do sujeito (Cleeland, 2009).

Este instrumento multidimensional quantifica a intensidade da dor quanto à incapacidade associada utilizando uma escala lickert de 0-10 (Martinez, Grassi & Marques, 2011). É composto por conjunto de itens que avaliam aspectos da dor vivenciada ao longo na última semana (e.g. localização e intensidade da dor, impacto sobre a vida do paciente, tipo e eficácia de qualquer tratamento). É de fácil e rápida aplicação (Sousa & Silva, 2005).

A forma resumida do BPI é fidedigna e possui validade de constructo (Sousa & Silva, 2005). Caracteriza-se por ser bom instrumento para mensuração da dor junto de diferentes tipos de população, sendo igualmente adequado com pacientes com deterioração progressiva (Sousa & Silva, 2005).

Conclui-se que, apesar dos instrumentos multidimensionais facultarem dados mais amplos sobre a dor, apresentam igualmente algumas limitações, referentes por exemplo, a sua aplicação e ao facto de estes instrumentos habitualmente serem muito longos, tornando-os de difícil administração em pacientes em estado grave (Martinez, Grassi & Marques, 2011).

## **1.6. Síntese**

Definida como uma experiência desagradável do ponto de vista sensorial e emocional que é decorrente ou descrita em função de lesões tecidulares, a dor caracteriza-se por ser um fenómeno multidimensional que abrange componentes neuro-sensoriais, emocionais e sócio-culturais,

Devido à sua subjectividade torna-se muitas vezes difícil avaliar a dor. Avaliar a dor é um termo abrangente que implica para além de identificar o tipo de dor, avaliar o significado da experiência dolorosa tornando-se neste sentido um desafio.

A duração prolongada da dor afecta significativamente a qualidade de vida do indivíduo, dado que a dor se torna o seu foco principal de atenção, podendo ser altamente negativo para o seu bem-estar psicológico e social.

O tratamento da dor crónica não se deve restringir aos factores puramente orgânicos, devendo actuar numa linha multidimensional e dinâmica, encarando o indivíduo como um todo.

## **Capítulo II – Vinculação**

### **2.1. Origens e Desenvolvimento da Teoria da Vinculação**

Bowlby, mentor dos pressupostos da teoria da vinculação, iniciou nos anos 30 o estudo e a análise dos efeitos da privação de cuidados maternos na disrupção da vinculação, importantes para a compreensão do desenvolvimento da psicopatologia e que, evidenciam a necessidade de um enquadramento conceptual novo para as questões que a Psicanálise parecia não dar resposta (Soares, 2009).

Bowlby teve como principal objectivo analisar o processo de construção de laços afectivos entre a criança e a mãe e o impacto no desenvolvimento da personalidade da criança aquando da disrupção desses laços (Feeney & Noller, 1996).

A partir do acompanhamento e observação de crianças em situação de privação de cuidados maternos, Bowlby concluiu que, os factores ambientais têm um papel determinante no desenvolvimento nos primeiros anos de vida. Conclui, ainda, que crianças privadas de cuidados maternos tendem a tornar-se adultos emocionalmente frios, superficiais nos seus relacionamentos e com elevados níveis de hostilidade (Soares, 2007).

Ao longo dos seus estudos Bowlby rejeita os pressupostos psicanalíticos que defendiam o papel primordial da satisfação das necessidades alimentares no bem-estar psicológico das crianças e, reforça que, crianças em situação de privação materna, apesar de satisfeitas nas suas necessidades alimentares apresentam sinais de perturbação psicológica (Soares, 2007).

A teoria da vinculação é também influenciada por fundamentos da Etologia. A partir da análise de investigações realizadas em contexto animal nos quais se reforçou, a importância do conforto e a proximidade com a figura materna, bem como, os laços sociais estabelecidos, independentemente de uma gratificação oral, no seu desenvolvimento da relação afectiva bebé-mãe (Ainsworth & Bowlby, 1991; Bowlby, 1958, 1988; Soares, 2007).

Os pressupostos da teoria de vinculação desenvolvida por Bowlby, encontraram robustez empírica a partir dos trabalhos de investigação desenvolvidos por Mary Ainsworth, que analisou as diferenças individuais nas relações de vinculação (Collins & Read, 1990), que conduziram à elaboração do procedimento laboratorial denominado de “Situação Estranha” (Soares, 2009).

Durante as investigações e a partir da codificação da Situação Estranha, Ainsworth, distinguiu três tipos ou padrões distintos de reacções comportamentais da criança face à figura de vinculação: seguro, inseguro-evitante, inseguro-ansioso (Canavarro, 1999).

Os estudos de Ainsworth vieram reforçar a importância do conceito de segurança na interacção bebé-mãe, contribuindo para a conceptualização de conceitos como base segura e refúgio seguro que são essenciais na definição de vinculação e comportamento de vinculação (Guedeney & Guedeney, 2004).

A base segura implica um sentimento de confiança na ideia de que a figura de apoio e protecção estará disponível e acessível independentemente da idade do indivíduo, permitindo desta forma à criança explorar o meio que a rodeia. Neste sentido, a base segura é precedida pela procura de proximidade da criança que, quando é correspondida de forma satisfatória vai desenvolvendo modelos internos dinâmicos adaptativos, reagindo de forma natural perante o protesto de separação quando afastada do seu espaço seguro (Canavarro, 1999).

A teoria da vinculação pode ser descrita como uma teoria global do desenvolvimento sócio-emocional tendo por base que, os seres humanos nascem providos de um sistema de vinculação que lhes permite procurar a proximidade de uma figura que lhes proporcione protecção, bem como, uma base de segurança, que a partir da qual possam explorar o meio (Canavarro, 1999). Por sua vez, Sroufe e Waters (1997) salientam que, a vinculação é um constructo organizacional e que, não pode ser concebido como se tratasse de uma área de desenvolvimento sócio-emocional isolada mas sim, como um processo inerente e presente durante todo o ciclo vital do indivíduo que requer uma coordenação e integração continua à medida que o indivíduo se adapta ao meio envolvente através dos modelos internos dinâmicos.

Nos anos 70 e 80 verificou-se um crescente interesse e elevado número de investigações focadas na análise das diferenças de padrões de vinculação mais concretamente no que diz respeito, à sua estabilidade e mudança ao longo do desenvolvimento (Soares, 2009).

O estudo e aprofundamento do processo vinculação e das relações objectais, tem dado um importante contributo para perceber a forma como o ser humano precocemente se relaciona com aqueles que são ou se tornam de alguma forma figuras significativas e, como estas relações e a sua qualidade podem ser importantes preditores da forma como se relaciona mais tarde com aqueles que se tornam ao longo do ciclo vital figuras de vinculação (Bragança & Campos, 2010).

Actualmente a perspectiva psicossomática tem questionado a importância dos padrões de vinculação na somatização de patologias. Neste sentido, a repressão da expressão dos afectos é considerada como factor importante na etiologia de patologias psicossomáticas (Scheidt & Waller, 2002).

## **2.2. Vinculação, Comportamento de Vinculação e Sistema de Vinculação**

Os conceitos de vinculação, comportamento e sistema de vinculação foram introduzidos por Bowlby no decurso do desenvolvimento da teoria da vinculação que se encontra compilada nos volumes da triologia Attachment and Loss (1985, 1998, 1990).

A definição de vinculação tem sido bastante controversa devido ao paralelismo feito por alguns autores com o conceito de dependência. Em contrapartida, e em resposta, ao paralelismo entre estes conceitos, alguns autores salientam que, na relação de vinculação a ênfase é colocada na promoção de segurança que permite encorajar a independência não sendo neste sentido, uma forma de dependência a ultrapassar mas um meio que potencia o funcionamento autónomo (Canavarro, 1999). Como ilustra Matos (2002), um vínculo afectivo é de lealdade, afecto e respeito e, não de dependência, necessidade ou medo de perder.

Tendo por base a controvérsia existente em volta destes conceitos, surge a necessidade de distinguir vinculação de comportamento de vinculação (Canavarro,

1999). A vinculação corresponde ao modo como o sistema comportamental se organiza em relação a determinada figura, enquanto que, o comportamento de vinculação tende a ser reforçado ou enfraquecido por factores situacionais (Schaffer, 1996).

Segundo Bowlby, o comportamento de vinculação tende a ser reforçado ou mesmo enfraquecido por factores situacionais, enquanto que, a vinculação é uma ligação que, quando estabelecida tende a persistir durante o tempo. Neste sentido, pode dizer-se que a vinculação é o modo como o sistema comportamental de vinculação se organiza no que diz respeito a uma determinada figura (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978)

Ainsworth (1969) salienta que, a vinculação se caracteriza pelo comportamento que promove a proximidade ou o contacto com uma figura (s) específicas (s) a que o indivíduo está vinculado. Uma vez estabelecida, esta ligação tende a ser duradoura assumindo um tempo e espaço próprio (Moreira, 2004).

Soares (2007) refere que, falar em vinculação é descrever as relações afectivas significativas que nos unem aos outros e a nós próprios, na medida em que, a vinculação assume um papel estruturante na formação do “EU”, bem como, do seu desenvolvimento.

Neste sentido, as relações precoces transformam-se num modelo para as relações futuras, influenciando as expectativas que cada indivíduo tem de si próprio, bem como, as competências sociais e o bem-estar ao longo do ciclo de vida (Collins & Read, 1990). Existe uma relação importante entre as experiências de vinculação na infância e na adolescência e a possibilidade de estabelecer ligações afectivas na idade adulta (Bowlby, 1990).

A vinculação potencia o desenvolvimento da capacidade de estar só na medida em que o vínculo bem estruturado representa um alicerce para o desenvolvimento saudável da personalidade (Bowlby, 1990).

Tendo por base estas concepções, Paiva e Figueiredo (2003), acrescentam que a relação de vinculação é a base para o desenvolvimento de modelos mentais que irão

influenciar o modo como o indivíduo se irá relacionar no futuro. Da mesma forma que, as relações precoces de natureza relacional funcionarão como modelos para as relações íntimas futuras durante todo o processo de desenvolvimento do indivíduo (Soares 2007).

Schaffer (1996) refere que, a vinculação é uma necessidade universal do indivíduo de estabelecer laços afectivos de proximidade ao longo do ciclo de vida com o objectivo de obter segurança que lhe permita explorar o mundo. Neste sentido, o processo de vinculação diz respeito à relação que permite assegurar um “ refúgio de segurança” e uma “base segura” de exploração, bem como, uma fonte de conforto (Dias, 2007).

Quando afirmamos que uma criança está vinculada a alguém, significa que ela está disposta a procurar proximidade e contacto com a figura específica em determinadas situações nomeadamente quando está assustada, cansada ou doente (Dias, 2007). Neste sentido, a dinâmica entre a procura de proximidade com a figura de vinculação e a obtenção de protecção e segurança denomina-se de, comportamento de vinculação (Guedeney &Guedeney, 2004).

O comportamento de vinculação é vital para a espécie humana na medida em que, a sobrevivência da nossa espécie só pode ser compreendida se concebermos que o bebe nasce com um sistema comportamental que tem como função protegê-lo do perigo (Soares, 2007). Neste sentido, o comportamento de vinculação desempenha um papel relevante na sobrevivência do indivíduo e na capacidade de adaptação e exploração do meio. A exploração segura do meio envolvente é regulada pela proximidade com a figura de vinculação. Perante um estímulo percebido como ameaçador pela criança, assiste-se à activação do sistema de vinculação (Ainsworth & Bowlby, 1991; Bretherton,1992).

O sentimento de segurança é fundamental para o indivíduo particularmente na infância sendo notório que, quando ocorrem situações de ausência ou separação da figura de vinculação surgem estados de ansiedade sendo estes, inibidores da realização de actividades, de tarefas de exploração do mundo externo, condicionando adaptação com sucesso às exigências do meio (Ainsworth et al, 1978).

É importante salientar que o comportamento de vinculação é tanto ou mais activo quanto mais segura a criança se sentir (Ainsworth et al., 1978).

Importa referir que a noção de figura de vinculação ultrapassa largamente a figura de mãe, ainda que, inicialmente tenha sido reduzido a esse aspecto. Guedeney e Guedeney (2004) salientam que, qualquer pessoa tem potencial para se tornar numa figura de vinculação desde que, se envolva numa interacção social activa e contínua com o bebé e que responda facilmente aos seus sinais, bem como, às suas aproximações. Alguns autores defendem a existência de múltiplas figuras de vinculação, as quais são hierarquizadas em função dos cuidados prestados, bem como, pela qualidade das características precedentes (Guedeney & Guedeney, 2004).

Os comportamentos de vinculação podem ser reforçados ou activados por diversos factores percebidos pela criança como ameaçadores, quer sejam relativos à própria criança (e.g. situação de doença, fome), ao meio envolvente (e.g. situações de alarme), presença de um estranho ou à figura de vinculação (e.g. ausência, negligência nos cuidados) (Cassidy, 1999). Esta activação e consequente procura da proximidade com a figura de vinculação não acontecem de forma automática, dependendo de uma serie de factores, como por exemplo, a avaliação subjectiva que a própria criança faz da situação, da familiaridade com a mesma, do seu nível de desenvolvimento, entre outras (Stroufe & Waters, 1977).

Bowlby (1990) considera que, o comportamento de vinculação é considerado uma classe de comportamento social de importância equivalente à do comportamento de acasalamento e/ou parental dado que todos têm uma função biológica específica.

Segundo Bowlby (1990), os comportamentos de vinculação estão organizados num sistema comportamental de vinculação, ou seja, um conjunto de comportamentos de vinculação serão activados, a fim de, alcançar determinado objectivo em resposta a determinados sinais internos ou externos (Stroufe & Waters, 1977).

Considerando o sistema comportamental, enquanto um sistema comportamental com base biológica, este integra os comportamentos num sistema organizado que procura responder com flexibilidade às alterações ambientais, integrando informação



acerca dos objectivos estabelecidos e ajustando comportamentos específicos, ou seja, o sistema comportamental encontra-se equipado de forma a obter informação para iniciar ou não, comportamentos que visem alcançar a proximidade com a figura de vinculação (Bowlby, 1988).

Todo ser humano nasce com o potencial de desenvolver determinados padrões de comportamento, contudo o curso desse mesmo desenvolvimento depende do meio envolvente (Bowlby, 1990).

### **2.3. Modelos Internos Dinâmicos – Working Models**

O sistema comportamental de vinculação não se refere apenas a comportamentos mas, também a componentes cognitivas e emocionais. Durante o primeiro ano de vida e, ao longo das interacções com as figuras que lhe prestam cuidados, o bebé vai construindo gradualmente um conjunto de conhecimentos e expectativas quer, sobre o modo como as figuras actuam e respondem aos seus pedidos de ajuda e, de protecção, quer sobre o *self*, em termos do seu valor próprio e a capacidade de influenciar os outros. A estes conhecimentos e expectativas, construídos a partir das interacções repetidas com as figuras de vinculação e internamente organizadas sob o forma de representações generalizadas sobre o *self*, bem como, sobre as figuras de vinculação e as relações, Bowlby, denominou de modelos internos dinâmicos da vinculação (Soares, 2007).

Neste sentido, os modelos internos dinâmicos são estruturas mentais, construídas a partir das experiências de vinculação e da interpretação das mesmas, que orientam não só os comportamentos e sentimentos dos indivíduos mas também a memória, a atenção e a linguagem relacionadas com a vinculação (Main, Kaplan & Cassidy, 1985)

Os modelos internos constroem-se no contexto da relação de vinculação, integrando desta forma, os conhecimentos do acerca do *self*, bem como, acerca da figura de vinculação. Estes conhecimentos baseiam-se na avaliação que o indivíduo faz em termos do seu próprio valor e da confiança que tem na disponibilidade e responsividade da figura de vinculação para responder aos seus pedidos de ajuda e protecção (Bowlby, 1973; Collins & Read, 1990). Neste sentido, crianças com um padrão de vinculação

seguro constroem a partir das suas vivências, um modelo de figura de vinculação responsiva e acessível e um modelo do self valorizado merecedor de cuidados, permitindo à criança exprimir livremente as suas emoções, sentindo-se confiante e segura na relação com a figura de vinculação. Num padrão de vinculação inseguro, em que as vivências têm uma base mais frustrante que, envolvem insensibilidade, rejeição ou desvalorização, a criança desenvolve modelos mais negativos de si e da figura de vinculação (Collins & Read, 1990).

Os modelos dinâmicos internos possuem informação importante acerca dos comportamentos, afectos e expectativas acerca das relações íntimas ao longo da vida. Caracterizam-se por serem representações de relações de vinculação passadas, presentes, resultando como uma base de dados para as relações futuras (Zimmerman, 2004). Neste sentido, estes modelos permitem ao sujeito tomar decisões acerca dos comportamentos de vinculação face a uma figura particular, antecipar o futuro e fazer planos, permitindo-lhe desta forma operar de forma mais eficaz (Soares, 2007).

Os modelos internos têm um papel preponderante no impacto que a relação de vinculação precoce tem no desenvolvimento, na medida em que influenciam a compreensão do self, do mundo, do planeamento da acção, bem como, o comportamento no contexto das relações com os outros (Soares, Martins & Tereno, 2009).

Importa salientar que, segundo Dias (2007), a noção de modelo dinâmico interno, ultrapassa a ideia de mapa cognitivo, descrevendo-o antes como um modelo manipulável do mundo que, permite transmitir, armazenar e manipular informação que ajuda antecipar como poderão ser atingidos os objectivos delineados.

Bowlby (1958) defende que, existe uma relação significativa entre as experiências de vinculação durante infância/adolescência e a capacidade de estabelecer ligações afectivas na idade adulta, na medida em que a qualidade dessas experiências é fundamental no desenvolvimento de um sentimento de confiança e segurança em si próprio e nos outros. Apesar desta relação e, do facto dos modelos internos resultarem de experiências vivenciadas, importa salientar que, estes estarão sujeitos a modificações, dado que, são estruturas compostas por emoções que sofrem alterações ao

longo do processo desenvolvimental devido às condições de vida e à influência de novas relações de vinculação (Soares et al., 2009). Seguindo esta linha de raciocínio, estes modelos caracterizam-se por serem dinâmicos, devido à capacidade de serem reformulados no contexto das experiências relacionais significativas capazes de infirmarem experiências anteriores, bem como, pelo facto de possibilitarem novas percepções acerca de experiências passadas, potenciando desta forma a mudança ao longo do ciclo de vida (Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

O conceito de modelos internos dinâmicos remete para a natureza múltipla da vinculação em função da diversidade relacional. Collins e Read (1994) reforçam esta ideia salientando que o indivíduo desenvolve diferentes modelos internos em função de diferentes relações, estabelecendo uma hierarquia dos mesmos.

Em suma, segundo Bowlby (1988), os modelos internos caracterizam-se por ser um mecanismo através do qual as experiências de vinculação influenciam o indivíduo ao longo da sua vida, na medida em que novas relações constituem uma oportunidade de mudança dos mesmos. Isto é, o desenvolvimento de novas relações é directamente influenciado pelo conjunto de expectativas e significados que vão sendo construídos ao longo da história relacional do indivíduo, ao mesmo tempo que potenciam a mudança. O impacto que estas novas experiências têm na estabilidade dos modelos internos depende do significado emocional que assumem para o indivíduo.

Contudo, acresce mencionar que, os modelos internos têm de ser revistos e adaptados para que sejam implementados de forma ajustada (Bowlby, 1988). Bowlby (1988) realça no entanto que, essas mudanças são bastantes graduais funcionando habitualmente de forma automática, não sendo perceptível para o sujeito. Contudo perante mudanças mais ou menos abruptas podem exigir que os padrões de vinculação automatizados sejam revistos, sendo para tal necessário um esforço consciente por parte do sujeito (Dias, 2007).

## **2.4. Vinculação na Idade Adulta**

Os pressupostos teóricos da teoria da vinculação, desenvolvida por Bowlby, reconhecem a importância da vinculação ao longo do ciclo vital do ser humano, centrando-se, contudo, essencialmente na infância, focalizando a sua atenção, tal como Ainsworth, nas origens desenvolvimentais do sistema de vinculação, bem como, na vinculação da criança aos pais, especialmente à figura materna.

A partir da década de 80 esta tendência começa a ser contrariada. Diversos investigadores começam a evidenciar a importância de estudar a vinculação durante a adolescência e a idade adulta, tendo por base que, a natureza e a qualidade das relações íntimas na idade adulta são influenciados pelos acontecimentos afectivos vivenciados na infância (Soares, 2009).

Tal como acontece na infância, também na idade adulta a vinculação é definida como uma ligação afectiva que tem como objectivo a procura de proximidade com uma figura(s) capaz de proporcionar segurança, protecção e conforto, sendo esta ligação influenciada e regulada pelas concepções que o indivíduo constrói acerca de si próprio e do outro a partir das suas experiências de vinculação (modelos internos dinâmicos) (Weiss, 1982)

Apesar de conceptualmente as funções de uma relação de vinculação na idade adulta serem semelhantes às da infância, na idade adulta estas caracterizam-se por terem uma maior variabilidade e singularidade. Na idade adulta, as ligações afectivas do indivíduo adaptado do ponto de vista psicossocial têm características próprias, apresentando flexibilidade e alternância no exercício dos papéis, enquanto, figura cuidadora e figura cuidada, tendo por base as exigências do contexto. Neste sentido, um adulto seguro, apresenta-se como sendo a base segura para o outro significativo, porém, também é capaz de, recorrer ao outro para obtenção de segurança e apoio emocional, quando as circunstâncias internas e/ou externas assim o exigem (Rodrigues et al., 2004).

Seguindo esta linha de raciocínio e segundo alguns autores (Hinde, 1997; Hinde & Stevenson, 1988; Weiss, 1982), uma das diferenças mais significativas do processo de vinculação na infância e na idade adulta, remete para a natureza recíproca das

relações de vinculação estabelecidas na idade adulta, enquanto, que, na infância estas relações têm um carácter complementar. Neste sentido, na idade adulta, o indivíduo presta e recebe cuidados de forma alternada, de acordo com o contexto e as necessidades das partes envolvidas (Canavarro et al., 2006; Crowell, Fraley & Shaver, 1999). Na relação adulto-adulto, é esperado um balanceamento contínuo e flexível entre o procurar e o proporcionar segurança e conforto, ou seja, recorrer ao outro como base segura e constituir-se como tal, face ao outro, quando necessário. Contudo, e apesar, das relações na idade adulta serem tendencialmente de carácter recíproco, podem, incluir padrões intermitentes de complementaridade embora não sejam direccionadas sempre para a mesma figura (Canavarro, 1999).

Weiss (1982) refere que, as relações de vinculação na idade adulta são habitualmente estabelecidas entre pares, não se evidenciando tanto o sistema comportamental como acontece na infância, dada a menor responsabilidade implicada, uma vez que, na maioria das vezes não está em causa a sobrevivência.

Em comparação com o que acontece na infância, na idade adulta para que sejam activados os comportamentos de vinculação são necessários acontecimentos indutores de stress mais significativos, dado que, nesta fase o indivíduo tem desenvolvida a capacidade de representação que lhe permite fixar a figura de vinculação mesmo na sua ausência, bem como, tem uma maior capacidade para lidar de forma autónoma com pequenas adversidades do dia-a-dia (Canavarro et al., 2006).

O processo de vinculação no adulto caracteriza-se por ser um seguimento da vinculação proveniente desde a infância, ou seja, o estabelecimento de novas relações de vinculação não compromete o desaparecimento das relações de vinculação precoces, contudo, estas sofrem mudanças no que concerne à evolução, no sentido da simetria, no que diz respeito à prestação de cuidados (Furman, 2002). Para suportar tal ideia, Weiss (1982) salientou três pontos que justificam a relação e seguimento entre a vinculação na infância e na idade adulta:

a) **Semelhança de características emocionais:** Independentemente da figura de vinculação mantêm-se as propriedades das relações em termos de sentimentos

associados à activação dos comportamentos de vinculação, direcção da atenção e protesto na ausência.

b) **Generalização da experiência:** Elementos emocionais presentes na vinculação durante a infância, como por exemplo, o sentimento de falta de confiança na disponibilidade encontram-se igualmente nas relações de vinculação estabelecidas na idade adulta.

c) **Ligação temporal:** mediante a formação de relações de vinculação no adulto, as figuras de vinculação primárias adquirem menor relevo.

À luz da teoria de Bowlby, as relações precocemente estabelecidas funcionam como modelos para o estabelecimento das relações futuras. Este processo é designado de modelos internos dinâmicos que, permitem organizar as experiências sob a forma de representações generalizadas sobre o *self*, as figuras de vinculação e as relações (Soares, 2007). Neste sentido, os modelos dinâmicos internos mantêm-se e são igualmente importantes na idade adulta. Caracterizam-se por serem relativamente estáveis ao longo do tempo, contudo, mudanças desenvolvimentais podem implicar transformações, a partir da capacidade de reelaboração atingindo um carácter mais complexo e sofisticado da organização das experiências relacionais (Bowlby, 1988).

Na idade adulta a vinculação caracteriza-se por ser apenas um dos constituintes das relações íntimas, dado que, nesta fase as relações são mais complexas e envolvem outros sistemas comportamentais, tais como, envolvimento sexual que, nesta fase está relacionado com a procura de proximidade, ao contrário do que acontece na infância em que, a procura de proximidade está relacionada com a necessidade de obter segurança (Barón, Zapiain & Apodaca, 2002).

Diversos estudos têm demonstrado que a qualidade do processo de vinculação (segura versus insegura) interfere directamente no comportamento e bem-estar dos indivíduos em diversas fases e domínios do seu percurso desenvolvimental e existencial (Pacheco, Costa & Figueiredo, 2003). Um padrão de vinculação seguro irá potenciar sentimentos de segurança e autonomia, os quais na idade adulta, se irão reflectir num funcionamento seguro, autónomo independente (Canavarro, 1999). Greenberg (1999)

salienta que, o desenvolvimento de um padrão de vinculação seguro nos dois primeiros anos de vida, surge associado a uma maior capacidade de socialização, contribuindo para uma maior regulação emocional. Por outro lado, um padrão de vinculação insegura surge associado a uma fraca capacidade de socialização, relações pobres, sintomas de raiva e fraco auto-controlo (Greenberg, 1999; Thompson, 2000).

Indivíduos seguros em comparação com indivíduos inseguros, revelam valores mais baixos de stress, usam estratégias defensivas mais adequadas e são menos impulsivos, manifestando reacções emocionais menos intensas (Pacheco et al., 2003).

Na idade adulta a vinculação torna-se um conceito fundamental, dado que nesta fase, representações mentais revelam a importância das relações precocemente estabelecidas que, funcionam como espelho nos relacionamentos subquentes (Faria, Fonseca, Lima, Soares & Klein, 2007).

Apesar de se verificar um consenso geral sobre a estabilidade da vinculação durante a idade adulta, o padrão de vinculação poderá não corresponder ao observado na infância (Canavarro, et al., 2006).

No que concerne ao número de padrões de vinculação dos adultos também não se verifica um consenso, contudo, de uma forma geral os autores propõem a existência de apenas um padrão seguro e vários inseguros (Canavarro et al., 2006). De acordo com a literatura, investigadores propõem a existência de até 4 padrões de vinculação insegura (Canavarro, 1999).

No diz respeito, à avaliação do tipo de vinculação, na infância a avaliação centrava-se meramente em factores comportamentais observáveis, enquanto que, na idade adulta, e tendo por base a complexidade da fase de desenvolvimento, existe a necessidade de se avaliar para além da observação de padrões comportamentais (Faria et al., 2007).

Na literatura encontramos diferentes modelos referentes a diferentes conceptualizações dos tipos de vinculação, na medida em que a classificação da vinculação do adulto varia em função dos procedimentos de avaliação específicos

utilizados (Canavarro, 1999). O primeiro instrumento de avaliação da vinculação do adulto foi desenvolvido por Hazan e Shaver (1987) que, teve como objectivo prolongar a tipologia de vinculação durante a infância até fases de desenvolvimento do ciclo de vida mais tardias (Canavarro, 1999). Este instrumento surge inserido no designado modelo com três dimensões, tendo sido concebido com base nos padrões de vinculação propostos por Ainsworth (1969) (Bartholomew & Horowitz, 1991; Canavarro, 1999). Neste sentido, é composto por três itens, que correspondem aos três tipos de vinculação, mediante os quais os participantes deverão escolher a frase que melhor os descreve, tal como, poderemos verificar no quadro que se segue:



## Quadro 1.

*Modelo das três dimensões de Hazan e Shaver (1987) (Collins & Read, 1990; Canavarro, 1999).*

<b>Vinculação Segura</b>	<i>Considero relativamente fácil aproximar-me dos outros e depender deles. Geralmente não me preocupo com a possibilidade de ser abandonado nem com a possibilidade dos outros se aproximarem demasiado de mim.</i>
<b>Vinculação Insegura Evitante</b>	<i>Sinto-me desconfortável quando me encontro próximo dos outros. Tenho dificuldade em confiar completamente nas outras pessoas ou depender delas. Fico nervoso quando alguém de aproxima muito de mim e, frequentemente, os meus companheiros desejam ter comigo maior intimidade do que aquela com a qual me sinto confortável.</i>
<b>Vinculação Insegura Ansiosa/Ambivalente</b>	<i>Acho que os outros mostram-se relutantes em estar próximos de mim como eu gostaria. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade de os meus parceiros não gostarem de mim ou preferirem estar sem mim. Gostava de estar mais próximo o que faz com que as pessoas se afastem de mim.</i>

Os trabalhos de Hazan e Shaver (1987) impulsionaram uma mudança no foco da avaliação, da organização comportamental da criança, para a organização representacional do adulto. Contudo e apesar do forte contributo no desenvolvimento da investigação empírica, o modelo das três dimensões de Hazan e Shaver (1987) apresenta limitações que foram mencionadas e criticadas por Collins e Read (1990) (Canavarro, 1999; Canavarro, Dias & Lima, 2006). Os autores evidenciaram limitações como: a) o facto de cada item do instrumento considerar aspectos diferentes de relacionamento podendo neste sentido induzir o sujeito a seleccionar uma descrição que não represente

a sua real percepção para todas as dimensões contempladas (e.g. descrição da vinculação segura inclui afirmações acerca do conforto com a proximidade e a capacidade de depender dos outros); b) o facto de ser pedido ao sujeito que seleccione apenas umas das descrições, não permitindo obter informação acerca do grau de identificação percebida pelo sujeito. Como limitação temos ainda o facto de o sujeito só poder escolher uma das descrições, não permitindo que posteriormente seja examinada a relação entre os diferentes tipos de vinculação (Collins & Read, 1990; Canavarro, 1999; Canavarro et al., 2006).

Com o intuito de ultrapassar as limitações apresentadas pelo modelo das três dimensões de Hazan e Shaver (1987), Collins e Read (1990) procuraram identificar e separar as descrições contempladas em cada um dos parágrafos do instrumento do Hazan e Read (1987), transformando-as em múltiplos itens, podendo estes ser avaliados de forma independente, numa escala de tipo Likert, e que convergiram em três dimensões: Close, Depend e Anxiety. A este instrumento, que avalia as dimensões subjacentes aos estilos de vinculação do adulto, denominaram de Adult Attachment Scale – Escala de Vinculação do Adulto (EVA).

## **2.6. Vinculação e a Vivência da Dor Crónica**

A teoria da vinculação tem sido utilizada na compreensão da doença e dos estados crónicos, verificando-se que, determinadas características dos estilos de vinculação influenciam a expressão e curso da doença. A relação entre vinculação e doença caracteriza-se por ser bidireccional, na medida em que, os episódios relacionados com a doença podem levar à activação do sistema de vinculação, uma vez que, podem representar perda, ameaça, isolamento e dependência (Maunder & Hunter, 2001).

Concretamente na situação de dor, nomeadamente na experiência de dor crónica, os comportamentos de procura de proximidade e apoio são activados, por vezes, até de forma exacerbada, outras vezes, desvalorizando os sintomas de dor. Tal comportamento poderá dever-se ao facto de indivíduos com diferentes estilos de vinculação divergirem relativamente à forma como reagem aos problemas físicos (Mikulincer & Shaver, 2007), activando comportamentos de vinculação, que reflectem a

forma como os indivíduos percebem e lidam com os eventos stressantes (Feeney, 2008). Neste sentido, a dor define-se como uma fonte de ameaça que precipita comportamentos de vinculação que variam segundo as características dos modelos internos dinâmicos de cada indivíduo (Mikail, 2003).

Tendo por base os estilos de vinculação propostos por Bartholomew e Horowitz (1991), indivíduos seguros expressam com maior clareza os sintomas e recorrem à ajuda de terceiros; indivíduos preocupados evidenciam altos níveis de stress, bem como, de relatos de sintomas dolorosos. A relação com o outro caracteriza-se por ser de carácter ambivalente, dependente e de submissão. Os indivíduos desligados expressam com clareza os seus sintomas e recorrem à ajuda do outro, à semelhança dos seguros, contudo, quando percebem o outro como pouco responsivo tendem a silenciar a vulnerabilidade emocional, da mesma forma que, poderão passar a duvidar do reconhecimento da sua experiência dolorosa por parte do outro; os indivíduos amedrontados reportam maiores níveis de stress e de disfuncionalidade o que pode potenciar uma progressão da experiência dolorosa.

O estilo de vinculação amedrontado é caracterizado por uma falta de confiança em si e nos outros. Estes indivíduos centram a sua atenção apenas em aspectos e vivências negativas da doença, percebendo de forma mais acentuada a dor (Bartholomew & Horowitz, 1991)

Indivíduos com estilos de vinculação seguro, tendem a obter uma resposta assertiva por parte das figuras de vinculação, no que diz respeito às necessidades de proximidade e segurança, particularmente em situações de grande stress. O mesmo não se verifica nos restantes estilos de vinculação. A ausência de resposta adequada em situações de maior stress por parte das figuras de vinculação, poderá fazer com que estes indivíduos desenvolvam defesas cognitivas, emocionais, comportamentais a fim de, evitar situações de rejeição por parte das figuras de vinculação (Simpson & Rholes, 1994).

Meredith, Ownsworth e Strong (2008) propõem um modelo que permite a exploração da vivência da dor crónica - Modelo de vinculação com diátese (predisponente) da dor crónica. De acordo com este modelo, o padrão individual de

vinculação desencadeia diferentes mecanismos (avaliação da dor, avaliação do *self* e avaliação do suporte social) que têm impacto nas respostas (estratégias de *coping*, comportamentos de procura de ajuda e estado emocional), e consequentemente no ajustamento à dor. De acordo com este modelo, uma vinculação insegura será um factor potenciador de um ajustamento deficitário à dor, tornando-se o indivíduo desta forma mais vulnerável à disfuncionalidade na vivência da experiência dolorosa. Estes indivíduos tendem a avaliar cognitivamente a dor como uma ameaça, o *self* como incapaz de lidar com o stress (associado a experiência dolorosa) e os outros como pouco disponíveis e responsivos às suas necessidades. Consequentemente estes tendem a ter uma percepção mais acentuada e negativa da dor no que diz respeito à severidade e interferência, desenvolvendo tendencialmente quadros depressivos associados à mesma, ao contrário do que acontece aos indivíduos com um estilo de vinculação seguro.

Para além da influência dos estilos de vinculação, acontecimentos stressantes têm igualmente um impacto acentuado na vida dos indivíduos. Desta forma verifica-se uma relação entre acontecimentos de vida stressantes (e.g. aparecimento da dor crónica e a persistência dos sintomas) e mudanças na vinculação da vida (Matos, 2002).

Uma exposição acentuada e prolongada a situações de stress (desencadeado por exemplo por um quadro de doença) pode promover uma activação prolongada e não resolvida do sistema de vinculação e, desta forma exacerbar a sensação de insegurança base, potenciadora de estilos de vinculação inseguros. Contudo, em indivíduos seguros, as interacções positivas com as figuras de vinculação, em situações geradoras de maior stress, podem reforçar e fortalecer a confiança do indivíduo no que diz respeito a responsividade e suporte das suas figuras de vinculação (Simpson & Rholes, 1994).

Um sistema de *caregiving* apropriado e responsivo é um importante elemento das relações na adultez. Esta necessidade já era evidenciada nos estudos sobre a vinculação da criança, no qual se evidenciou que os padrões de vinculação não se manifestam apenas pelo temperamento da criança mas também pela natureza e qualidade do *caregiving* das figuras de vinculação (Kunce & Shaver, 1994). Neste sentido, e no que diz respeito à vinculação do adulto e à condição de doença, não só o doente influencia os outros mas também a família e outros agentes envolvidos influenciam a experiência de dor crónica. Verifica-se que indivíduos seguros

apresentam um *caregiving* responsivo caracterizado por uma maior proximidade e sensibilidade ao outro, enquanto que, indivíduos com estilo de vinculação preocupado e/ou amedrontado evidenciam um *caregiving* mais compulsivo o que é consistente com a necessidade de aprovação por parte do outro (Feeney, 2008).

As características inerentes às relações de vinculação remetem-nos para importância da perspectiva sistémica no estudo das relações. Esta permite-nos considerar a vinculação como algo susceptível a reorganizações consequentes das vivências passadas, acontecimentos de vida presentes e alterações do contexto, que pode traduzir-se num impacto, evidente, na forma como indivíduo se relaciona como o mundo e consigo próprio (Feeney, 2008).

## 2.7. Síntese

O primeiro capítulo consiste numa breve exposição teórica da teoria da vinculação, tendo sido possível verificar o seu reconhecimento pela comunidade científica ao longo dos tempos, como uma perspectiva desenvolvimental proeminente para a compreensão da forma como o ser humano se relaciona precocemente e, como estas relações e a qualidade das mesmas podem ser preditoras da forma como se irá relacionar ao longo do desenvolvimento do ciclo vital.

O padrão de vinculação estabelecido na infância não se caracteriza por ser um padrão inalterável no processo de vinculação na idade adulta, na medida em que os padrões de vinculação estabelecidos na infância podem ser transformados, tendo por base novas experiências no domínio das relações íntimas, podendo estas ser potenciadoras de reorganização e transformação dos padrões precocemente estabelecidos.

Verifica-se uma relação entre os estilos de vinculação e a compreensão da doença e dos estados crónicos, na medida que características particulares a cada estilo de vinculação influenciam a expressão e o curso da doença.

## **Capítulo III- Stress**

### **3.1. Definição do Conceito de Stress**

O stress caracteriza-se por ser um dos factores que mais contribui para decréscimo da qualidade de vida do indivíduo. Fenómeno de presença constante na vida de qualquer ser humano, com aspectos negativos e positivos, decorrente na maioria das vezes de tensões emocionais no contexto familiar, profissional e social. Qualquer mudança que exija adaptação do organismo encontra-se subjacente um determinado nível de stress (Lipp, 2001).

O stress é fenómeno universal e transversal (Serra, 2002) que, tem sido alvo de inúmeras investigações, contudo verifica-se uma dificuldade em definir stress de forma universal (Graziani & Swendsen, 2007). Ao longo dos tempos, o fenómeno do stress tem sido alvo de diversas concepções, umas que o definem à luz de uma perspectiva mais biológica, como sendo uma resposta fisiológica mobilizadora do organismo; outras que evidenciando uma orientação mais psicológica, como sendo um acontecimento de vida ou um contíguo de situações que exigem por parte do indivíduo uma resposta não habitual (Silva, 1992).

A palavra stress já era utilizada no século XV, que era então entendida como uma tensão ou pressão de natureza física. No século XVII ultrapassa a dimensão física começando a ter uma conexão humana, traduzindo-se em tensões ou adversidades. Por sua vez no século XVIII e XIX passou a ser utilizado para designar toda e qualquer tensão que actue sobre uma pessoa ou objecto (Leal, 1995; Ribeiro, 2005).

Apesar desta definição do conceito se ter alterado um pouco no século XX, as ideias básicas sobre o conceito mantiveram-se, contudo, alargou-se o conceito ao campo da saúde, definindo-se stress como uma condição externa que perturba o normal funcionamento do organismo, mantendo-se a ideia de que o stress representa uma carga ou exigência externa para o sistema biológico, social ou psicológico (Ribeiro, 2005; Serra, 2002).

Cannon (1932) ao estudar os processos fisiológicos que mantêm o equilíbrio do organismo, propôs o conceito de homeostase, salientando que o meio interno do organismo necessita de permanecer constante apesar das mudanças ocorridas no meio externo. Os seus trabalhos mais especificamente sobre a reacção de luta e fuga (*figth or flight*) evidenciaram a relação entre o sistema biológico e a resposta ao stress, concluindo que a sua organização era processada através da mediação do sistema simpático-medular (Serra, 2002).

Cannon afirmava que níveis críticos de stress caracterizavam ameaças ou perigos que afectavam suficientemente o organismo ao ponto de poder alterar a homeostasia, e deste modo, o equilíbrio do organismo (Ribeiro, 1998; Silva, 2000). Deste modo, considerava o stress como uma perturbação da homeostase. Qualquer alteração percebida pelo organismo seria sentida como uma ameaça à sua vida enquanto sistema organizador e desencadearia toda uma situação de alarme e preparação para fazer face ao perigo (Silva, 2000).

Estas pesquisas estão na base do conceito de stress desenvolvido por autores como Selye que, define o stress como uma resposta não específica do organismo a todas as solicitações que lhe são feitas, percebidas como agradáveis ou desagradáveis (Selye, 1956).

Selye introduziu o conceito stress nas ciências da saúde, atribuindo-lhe um novo sentido. Este autor popularizou o termo à luz da perspectiva biológica, postulando que o stress se caracteriza por ser um processo inerente à vida de todos os organismos (Ribeiro, 1998; Ribeiro, 2005). Selye defendia que o stress é um termo positivo e que o “stress positivo” (*eustress*), é aquele que suscita uma resposta adaptativa por parte do organismo e que, o “stress negativo” (*distress*) é um estímulo tão forte que é susceptível de provocar danos no organismo (Ribeiro, 2005). Desta forma, é possível concluir que, o “stress positivo” (*eustress*) funciona como um mecanismo de acção que leva o indivíduo a agir, contribuindo para a sua realização. Caracteriza-se igualmente por ser um agente gerador de prazer, constituindo para o ser humano uma fonte de bem-estar e equilíbrio (Albuquerque, 1987; Lucas 1984; Selye, 1976).

Contrariamente, o “stress negativo”(distress) prejudica o equilíbrio natural do organismo, desgastando-o. Este tipo de stress surge associado ao desgosto, à doença, às más notícias, desencadeando sentimentos negativos (e.g. tristeza, frustração). Constitui uma fonte de desequilíbrio para o ser humano, potenciando o surgimento de transtornos psicossomáticos e doenças de adaptação (Albuquerque, 1987; Lucas 1984; Seyle, 1976).

Contrariamente, Lazarus e Folkman (1984), referem que o stress é uma condição resultante da interacção indivíduo/meio, no qual o indivíduo é uma agente activo podendo influenciar o impacto de um acontecimento stressor através de estratégias comportamentais, cognitivas e/ou emocionais.

Em suma, o stress é o processo complexo, através do qual o organismo responde aos acontecimentos que fazem parte do dia-a-dia susceptível de ameaças, ou de pôr em a causa o bem - estar desse organismo (Gatvhel, Baum & Krantz, 1989).

Designar o stress como um processo é aceitar a complexidade desta interacção entre o organismo e o meio ambiente (Ribeiro, 1998).

### **3.2. Modelos Teóricos de Stress**

Os modelos explicativos de stress variaram e evoluíram ao longo do século XX, no que diz respeito à definição do conceito, na ênfase atribuída aos factores fisiológicos, psicológicos, bem como nas descrições da relação entre os indivíduos e o seu meio ambiente (Ogden, 2004).

Dado o elevado número de teorias que pormenorizaram as reacções fisiológicas do indivíduo ao stress e sendo impossível a apresentação de todas, será apenas feita referência as teorias clássicas de stress.

#### **3.2.1. Modelo luta ou fuga (Cannon)**

Cannon foi um dos pioneiros no estudo do stress tendo desenvolvido o modelo de luta ou fuga (Ogden, 2004). Este modelo, conceptualiza o stress como uma resposta fisiológica a ameaças externas, que pode ser adaptativa quando permite ao indivíduo lidar com o acontecimento stressante.



Nas suas pesquisas em laboratório sobre a reacção de luta e fuga (resposta do organismo a situações de emergência e perigo), e a homeostase, Cannon verificou que determinados estímulos provocam certas emoções (e.g. medo, raiva) as quais por sua vez originam alterações fisiológicas (e.g. subida de açúcar e de adrenalina no sangue e alterações circulatórias (Lazarus, 1993).

O conceito avançado por Cannon consistia no facto de que, a doença física pode resultar de uma perturbação de funções corporais, quando na presença estímulos nocivos (ameaçadores) (Brown, 1989).

Este propósito inovador, na altura sugeria que os acontecimentos traumáticos podem produzir reacções fisiológicas que ao manterem-se, poderão potenciar um quadro de doença. Neste sentido, o presente modelo veio reforçar a ideia de que as alterações fisiológicas podem ser causadas pelo stress (Hinkle, 1977).

Os trabalhos sobre a reacção de luta e fuga potenciaram a primeira elucidação de um dos dois sistemas biológicos de resposta de stress. Este sistema envolve o sistema nervoso simpático (SNS) e a parte interna das glândulas supra-renais, a medula supra-renal, sendo este denominado de sistema simpático-supra-renal (SAM). O sistema SAM desempenha um papel fundamental na resposta ao stress, uma vez que a sua acção principal consiste na activação metabólica do organismo quando exposto a situações ameaçadoras (Cohen et al, 1998).

No caso da activação do SAM ser excessiva, persistente ou frequente podem surgir complicações de saúde. As descargas hormonais do sistema SAM estão associadas à supressão da função imunitária, a perturbações cardiovasculares (e.g. pressão sanguínea aumentada) e a desequilíbrios neuroquímicos relacionados com o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos (Cohen et al, 1998).

### **3.2.2. Modelo geral de adaptação (Selye)**

O Modelo geral da Adaptação desenvolvido por Selye em 1956 define stress como uma reacção fisiológica não específica do corpo a qualquer exigência (stressor). Denominou esta sucessão de reacções fisiológicas, como Síndrome de Adaptação Geral

(SAG) que, se divide em três fases. A primeira fase denomina-se de alarme, tendo como principal função mobilizar todos os recursos do organismo. No final desta fase, o organismo está totalmente mobilizado para fazer frente ao agente stressor, fazendo-se acompanhar de sintomas fisiológicos. Esta fase caracteriza-se pela quebra da homeostase e do estado de alerta para o ataque ou defesa face a um stressor. A intensidade da reacção depende da percepção que o indivíduo tem a gravidade da situação. No caso do agente indutor de stress se manter activo, as reacções fisiológicas entram na denominada fase de resistência. Esta fase representa a adaptação do organismo ao stressor, sendo mediada por processos hormonais (Santos & Castro, 1998).

Se o estímulo stressante persistir ou aumentar, o organismo pode esgotar os seus recursos e como consequência entrar na fase exaustão, que traduz o colapso da capacidade de adaptação do organismo, comprometendo neste sentido, a capacidade de enfrentar e resistir à situação stressora, tornando-se o organismo progressivamente vulnerável a problemas de saúde. A este tipo de problemas de saúde, Selye denominou de doenças de adaptação (Lipp & Malagris, 2001).

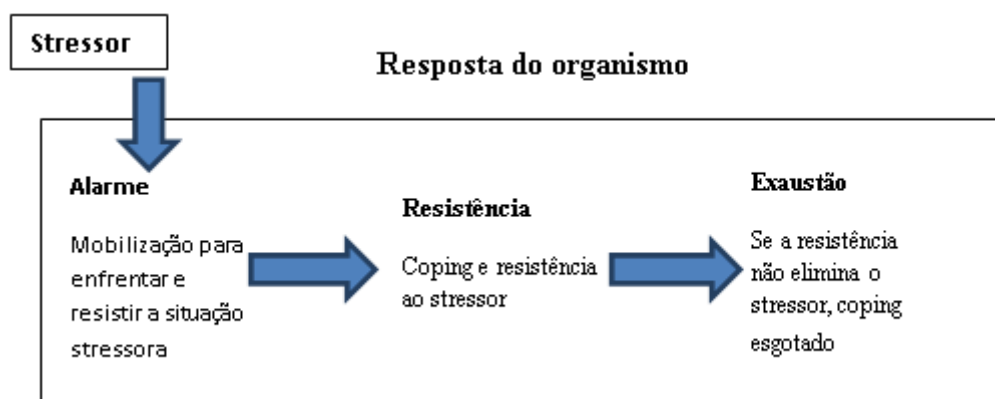


Figura 5. Três fases do Síndrome Geral de Adaptação de Selye. Fonte: Ogden, 2004

A característica principal do modelo de Selye é considerar o indivíduo como um objecto psicologicamente passivo no confronto com o agente stressor. O processo psicológico não está totalmente ausente mas, surge incluído num bloco unitário com as reacções biológicas e químicas do corpo, sendo esta a principal crítica feita à teoria de Selye (Ribeiro, 2005).

### **3.2.3. Modelo transaccional de stress (Lazarus)**

Vários têm sido os estudos que descrevem os efeitos fisiológicos, cognitivos, emocionais e sociais que os estímulos stressantes provocaram no indivíduo, evidenciando que os processos internos ao indivíduo são centrais quer na experiência de stress quer nas consequências para a saúde. Esta nova perspectiva de abordagem do stress foi iniciada por Lazarus e seus colaboradores, no âmbito dos estudos que realizou sobre as emoções. Estas investigações vieram revolucionar a concepção de stress determinada até então (Lazarus & Folkman, 1984)

O Modelo Transaccional de Lazarus considera que existe um relacionamento recíproco e dinâmico entre o indivíduo e o meio ambiente, isto é, o stress não é somente um processo estímulo-resposta, mas sim, um processo no qual o indivíduo é um agente activo, podendo influenciar o impacto de um acontecimento stressor através de estratégias comportamentais, cognitivas e/ou emocionais (Sarafino, 1994).

O stress é apresentado como fruto da avaliação individual, isto é, determinar se um acontecimento é gerador ou não de stress depende da avaliação cognitiva da situação por parte do indivíduo. Neste sentido, o stress resulta da avaliação feita pelo indivíduo de situações internas e externas de si próprio e dos recursos disponíveis e identificados pelo mesmo para enfrentar a situação (Lazarus & Folkman, 1984). Pode assim concluir-se que, os indivíduos diferem na forma como percebem uma situação stressante, isto é, uma situação semelhante pode ser considerada como stressante por um indivíduo e não o ser por outro, na medida em que factores pessoais e situacionais influenciam esta avaliação.

À luz deste modelo o indivíduo tem um papel determinante em todo processo de uma situação indutora de stress. Este só ocorre quando o indivíduo avalia as exigências externas como excedendo os seus recursos /estratégias para lidar com as mesmas (Sarafino, 1994).

A avaliação cognitiva é uma componente integral deste modelo, em que o seu principal objectivo é integrar as características pessoais e ambientais na percepção do

significado de um acontecimento para o bem-estar do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

Existem três etapas do processo de avaliação cognitiva: avaliação primária, secundária e reavaliação (Ogden, 2004).

A avaliação primária consiste na avaliação dos acontecimentos de vida em função do seu significado para o bem-estar do indivíduo (riscos ou benefícios) (Lazarus & Folkman, 1984). Na avaliação secundária, o indivíduo faz uma auto-avaliação dos recursos, estuda as opções de *coping* visando a melhoria e a modificação geradora de stress. Esta percepção de controlo pode ser realizada a três níveis: centrada na situação (comportamental, cognitiva, decisória, informativa e retrospectivo); centrada no sujeito (preditivo, vicariante e ilusório) ou então quando o sujeito sente que não tem controlo (procura de informação, raiva, trauma e aptidões pobres (Ogden, 2004).

Na fase de reavaliação o indivíduo faz um balanço entre as exigências criadas pela situação stressante e os recursos ou capacidade de resposta. Esta avaliação tanto pode eliminar a tensão do indivíduo, como por outro lado, pode aumentá-la. Quando uma situação é considerada stressante são desencadeadas reacções emocionais que activam o mecanismo de alarme e potenciam tanto respostas comportamentais, psicológicas, bem como, de activação fisiológica. O mesmo acontece por influência dos mecanismos de *coping* que vão dar origem a alterações no comportamento de ordem biológica, psicológica e comportamental (Lazarus & Folkman, 1984)

Em suma, este modelo transaccional de Lazarus introduziu um novo modo de olhar para a resposta de stress, na medida em que o indivíduo já não responde passivamente ao seu mundo exterior, passando a interagir com ele Esta teoria assenta em dois pressupostos centrais e determinantes para a compreensão desencadeamento do processo de stress: a avaliação cognitiva do acontecimento com base nas experiencias passadas (de âmbito psicológico) e o controlo do stress (indivíduo como agente activo do processo) (Ogden, 2004).

### **3.2.4. Teoria dos acontecimentos de vida**

O conceito de stress tem sido conceptualizado à luz de diferentes abordagens: como um estímulo; uma resposta interna inferida ou uma resposta observável ou reacção. Os acontecimentos de vida referem-se a esses estímulos a que os indivíduos se encontram expostos, com maior ou menor intensidade durante o ciclo vital (Moreira & Melo, 2005).

Numa tentativa de distanciamento dos modelos de stress de Cannon e Selye, que evidenciavam as alterações fisiológicas (Ogden, 2004), Holmes e Rahe (1967) desenvolveram a Teoria dos Acontecimentos de Vida, teoria essa que, começou a considerar os aspectos sociais e psicológicos como agentes causadores de stress.

Nesta teoria assume-se que o stress emerge como consequência dos acontecimentos de vida que o indivíduo experiêcia (Bennett, 2002). Holmes e Rahe (1967) enfatizam que acontecimentos de vida enquanto indutores de stress com efeitos nocivos, influenciam o estado de saúde do indivíduo. Estes acontecimentos correspondem a qualquer acontecimento que provoca mudança no padrão habitual da vida do indivíduo, afectando-o emocional, cognitiva e fisiologicamente (Selye, 1976) perante os quais o indivíduo necessita de encontrar respostas de adaptação, na medida em que estes afectam o equilíbrio global do indivíduo exigindo-lhe um esforço de readaptação podendo ser percebido de forma positivo ou negativo (Bennett, 2002; Holmes & Rahe, 1967).

Para que um acontecimento seja definido como stressor, tem que ser avaliado e percebido como tal (Ribeiro, 1998), ou seja, o significado e a percepção que o indivíduo lhe atribui, é determinante (Sarason, Levine & Sarason, 1982). Neste sentido, a resposta ao stress é resultado da interacção entre as características da pessoa e as demandas do meio, ou seja as discrepâncias entre o meio externo e interno e a percepção do indivíduo quanto a capacidade de resposta (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003)

Os stressores são absolutos e a forma como o indivíduo reage a esse evento é relativa, isto é, cada indivíduo reage de forma distinta a um mesmo acontecimento

stressante tendo diferentes níveis de tolerância perante cada situação stressora. Desta forma podemos concluir que, o stress envolve reacções biopsicossociais, podendo todo o tipo de evento ser indutor de stress (Santos & Castro, 1998)

Os acontecimentos podem ser divididos em: acontecimentos irrelevantes (não afectam o indivíduo); acontecimentos benignos (acontecimentos positivos) e acontecimentos ameaçadores/perigosos (acontecimentos que potenciam stress) (Ribeiro, 1998).

Os acontecimentos de vida podem ser normativos ocorrendo à maioria das pessoas num determinado momento da sua vida (e.g. casamento, nascimento de um filho, promoção ou perda do emprego), ou não normativos (e.g. guerra, catástrofes naturais), sendo estas experiências menos comuns (Ribeiro, 1998).

Esta teoria teve como principal objectivo avaliar a importância dos acontecimentos de vida tidos como indutores de stress no ser humano (Mendes, 2000). Para Holmes e Rahe (1967), o grau de stress, associado a acontecimentos de vida é passível de ser quantificado, o que levou ao desenvolvimento do Life Events Inventory e, posteriormente, do Social Readjustment Rating Scale. Estes instrumentos ordenam os acontecimentos de vida em função da sua gravidade. A contribuição do ponto de vista metodológico de Holmes e Rahe é bastante pertinente na medida em que deu ênfase aos factores indutores de stress à luz de uma abordagem social e ambiental, passando o stress a ser estudado não apenas como resposta biológica isolada mas, em função das circunstâncias antecedentes que o determinam estabelecendo um relação entre os acontecimentos de vida e doença (Serra, 2002).

### **3.3. Impacto Fisiológico do Stress**

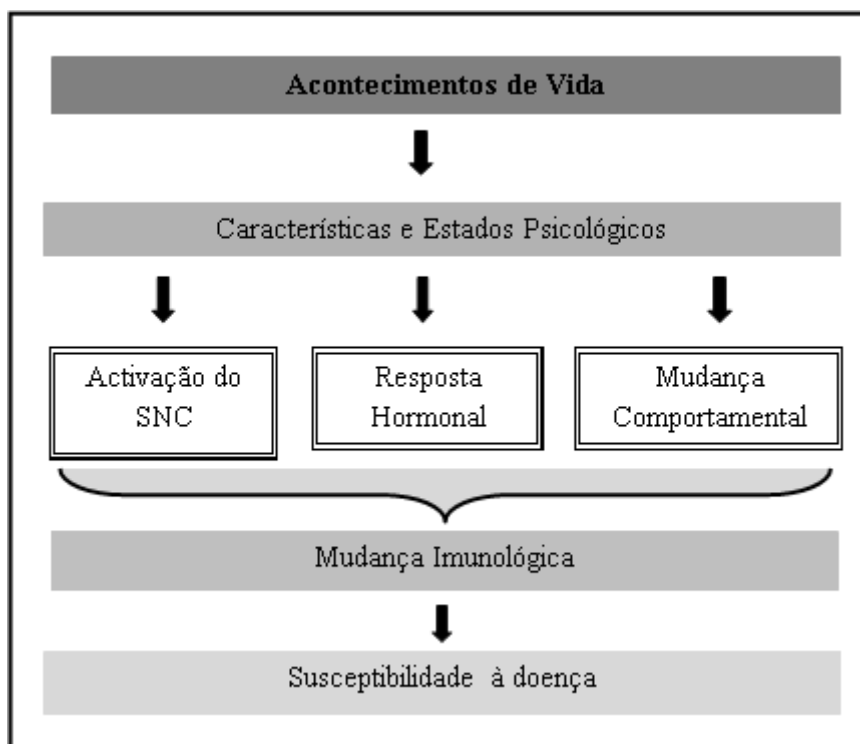
A relação entre o stress e o sistema imunológico é conhecida desde o trabalho de Selye em 1930, que observou a reacção do sistema imunológico de animais submetidos a vários tipos de stressores. Desde então, têm sido estudadas extensivamente as consequências fisiológicas do stress e os seus efeitos na saúde onde se tem verificado que o stress causa mudanças fisiológicas que têm implicações no surgimento de doenças, bem como, na sua evolução (Ogden, 2004). Da mesma forma que, estudos

(Koh & Lee, 1998; Kiecolt et col., 1984; Tjemsland et col. 1997; Deal & Baum, 1992; Cohen & Herbert, 1996) acerca do impacto do stress no sistema imunitário assentam no pressuposto de que experiências stressantes podem promover a vulnerabilidade a quadros de doença (Moreira & Melo, 2005; Ribeiro, 1998)

A psiconeuroimunologia baseia-se na predição de que o estado psicológico do indivíduo pode influenciar o sistema imunitário, através do sistema nervoso, estudando desta forma, a relação entre o cérebro, o comportamento e o sistema imunológico, assim como as implicações que esta relação tem para a saúde física e a doença (Maia, 2002; Ogden, 2004).

A relação entre stress e doença começou por ser estabelecida por Selye (1976), sugerindo que grandes níveis de stress contribuíam para um estado de exaustão do organismo pondo em causa a homeostasia do mesmo.

Esta relação determina que, a susceptibilidade à doença advém da mudança imunológica que decorre da mediação de factores como activação do sistema nervoso central (SNC), a resposta hormonal e a mudança comportamental em função das características e estados psicológicos determinados pelos acontecimentos de vida (Fig.6) (Maia, 2002). No entanto, é necessário ter em conta, alguns aspectos, tais como, a duração da influência do stress no organismo, variação das respostas imunológicas individuais e a debilidade do sistema imunitário, dado que, é diferente de indivíduo para indivíduo (Pereira, 2006).



*Figura 6.* Relação entre acontecimentos de vida, características e estados psicológicos e mudança imunológica (Adaptado de Cohen & Herbert, 1996)

### 3.4. Stress e Dor Crónica

A experiência de stress surge muitas vezes associada a problemas de saúde, sintomas físicos e fisiológicos, emocionais, psicológicos, comportamentais e sociais (Sacadura-Leite & Uva, 2007), verificando-se uma relação entre stress e doença. Seguindo esta linha de raciocínio importa referir que já Selye (1956) defendia que, acontecimentos de vida stressantes estão intimamente relacionados com o surgimento de doenças.

Wilkinson (2004) ressalta que, quantos mais acontecimentos stressantes os indivíduo experienciar e quanto maior for a sua importância maior será a probabilidade do mesmo sofrer emocional e fisicamente. Isto remete-nos para o facto de grandes níveis de stress afectarem significativamente várias áreas de funcionamento do ser humano (Steptoe, 2005), podendo a sua acção manifestar-se como estímulo desencadeador de inúmeras doenças geneticamente programadas que, poderiam permanecer latentes na ausência de tensão, bem como de doenças “oportunistas” que se



instalam frente à debilidade do sistema imunológico comprometidas pelas mudanças hormonais do organismo (Everly, 1989). O stress tem impacto no surgimento e evolução de várias doenças que se caracterizam por ter na sua etiopatologia o stress como elemento desencadeador (e.g., hipertensão arterial, lupus, diabetes psoríase e fibromialgia) (Lipp, Bignotto & Matos, 2006).

Uma elevada exposição a grandes níveis de stress e, as consequências potencialmente negativas que podem advir de uma má regulação do stress podem igualmente repercutir-se, tal como já foi referido anteriormente, ao nível físico, psicológico e comportamental. Ao nível físico surgem associados sintomas como: dores de cabeça, dores de maxilares, ombros, pescoço e costas, entre outras como aumento da tensão arterial, palpitações cardíacas. Ao nível psicológico podem surgir quadros de ansiedade, depressão, problemas na regulação do sono. No que concerne as alterações de comportamento, tendem a ter dificuldades em relaxar, a desenvolver quadros de fadiga crónica, bem como, a perder capacidades na realização de tarefas do dia-a-dia, muitas vezes associados a grande níveis de ansiedade e falta de concentração (Hespanhol, 2005).

A dor caracteriza-se por ser uma experiência tanto física como psicossocial, podendo ser reconhecida como uma marcante fonte de stress, dado que indivíduos vulneráveis a situações stressantes podem desenvolver um quadro de dor como consequência das mesmas (Borges, Luiz & Domingos, 2009).

Qualquer estímulo stressante pode activar o sistema nervoso simpático, bem como, o eixo hipotálamo-hipófise –suprarenal, o qual constitui o eixo regulador da reacção de stress. As reacções produzidas por esses sistemas estão intimamente relacionados com a dimensão afectiva/emocional da dor, sendo que a resposta estímulo doloroso não é padronizado, variando de indivíduo para indivíduo (Crofford & Casey, 1999).

Turk e Flor (1989) ressaltam a possibilidade de variáveis psicológicas iniciarem o desenvolvimento de sintomas físicos, como por exemplo, a tensão muscular resultante de uma resposta mal adaptada ao stress psicológico que, por período prolongado poderá levar ao desenvolvimento ou exacerbar de dores músculo-

esqueléticas. Outras podem desencadear a dor como consequência da exposição acentuada a situações de difíceis, sendo que, manifestada cronicamente, a dor é considerada um sinal significativo de stress (Tolentino & Rabelo, 2009). Neste sentido, podemos considerar a dor como um factor gerador de stress.

O stress como distúrbio emocional pode desencadear as chamadas doenças psicossomáticas, ou seja, aquelas que têm origem a partir de processos psicológicos e mentais do indivíduo mal resolvidos, podendo assim precipitar o início, recorrência ou agravamento de sintomas (Cabral, 1997).

### **3.5. Síntese**

O Stress define-se como um fenómeno universal e transversal pautando-se por ser uma presença constante na vida de qualquer ser humano que quando em doses adequadas é um factor de motivação. Contudo, quando atinge níveis extremos pode contribuir para um decréscimo da qualidade de vida do indivíduo podendo este ser representado na forma de doença.

O stress surge muitas vezes associado a problemas de saúde, sintomas físicos e fisiológicos, emocionais, psicológicos, comportamentais e sociais, verificando uma relação entre acontecimentos de vida e doença.

Caracterizado como um distúrbio emocional pode desencadear doenças psicossomáticas que têm na sua origem processos psicológicos e mentais mal resolvidos, podendo desta forma precipitar o início, recorrência ou agravamento de sintomas.

## **Capítulo IV – Dor Crónica, Vinculação e Acontecimentos de Vida Stressantes: Apresentação do Método**

### **4.1 Pertinência do estudo**

O estudo da dor crónica tem nos últimos anos despertado um grande interesse nos investigadores, dado o aumento acentuado nos últimos anos. Estima-se que 1 em cada 10 pessoas sofrem de dor crónica. Em Portugal verifica-se que, a dor crónica afecta cerca de 36% da população adulta, tendo um impacto transversal em várias áreas da vida do indivíduo, afectando desta forma, a sua saúde física, mental, qualidade laboral e por consequência a sua qualidade de vida (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010).

Estudos comprovam que as perturbações de dor crónica não dependem apenas da natureza patológica mas também de diversos factores individuais dos quais se destacam factores psicológicos (Lopes & Macedo, 2010).

A relação entre a mente e o corpo tem vindo a ser fonte de grande investigação. A dor é uma experiência individual, tendo continuidade entre o presente e o passado (Gonçalves, 2002). Apesar ser pertinente a ideia de que a alteração biológica precipita o desenvolvimento da condição dolorosa, esta não explica por si só a experiência da dor.

Determinados acontecimentos de vida originam sentimentos de perda ou culpa que persistem durante anos, podendo encontrar expressão através da dor (Gonçalves, 2002). Os acontecimentos de vida stressantes têm um impacto significativo na vida do indivíduo, na medida em que, as consequências negativas que podem advir de uma má regulação do stress podem repercutir-se ao nível físico, psicológico e comportamental (Hespanhol, 2005).

Apesar de importante, a alteração biológica como potenciador do desenvolvimento da condição dolorosa não é suficiente, para explicar a vivência da dor. Alguns autores descrevem a dor como fonte de ameaça que precipita comportamentos de vinculação que variam segundo as características dos seus modelos internos dinâmicos. Evidenciando-se desta forma uma relação entre estilos de

vinculação e a compreensão da doença e estados crónicos, na medida em que características particulares de cada estilo de vinculação influenciam a expressão e o curso da doença.

Tendo por base a relação existente entre a dor crónica e os factores psicológicos, o presente estudo pretende analisar a relação entre vinculação, acontecimentos de vida e dor crónica.

Após ter sido apresentada, numa primeira fase, a revisão da literatura relativa à dor crónica, vinculação e acontecimentos de vida stressantes, prossegue-se com a descrição detalhada do estudo empírico levado a cabo no âmbito desta investigação.

É nossa intenção analisar a relação entre a dor crónica, vinculação, acontecimentos de vida stressantes. Desta forma, e numa primeira fase, iremos especificar os objectivos, as variáveis e o desenho de estudo. De seguida, apresentaremos as características da amostra, bem como, os instrumentos de avaliação e o procedimento utilizado.

Após reflexão, serão também apresentados os resultados e respectiva discussão, procurando igualmente analisar e discutir as suas implicações para a investigação e práticas futuras, contemplando as limitações metodológicas do presente estudo.

## **4.2. Objectivos**

O presente estudo tem como principal objectivo analisar a relação entre dor crónica, vinculação acontecimentos de vida stressantes. Explicitamos, a seguir, os objectivos específicos desta investigação:

a) Descrever a amostra em função das características clínicas (existência de doença crónica, qual doença; duração da dor; relação entre acontecimentos de vida stressantes e o início dos sintomas de dor; factores que aumentam a dor; estilos de vinculação).

b) Analisar se existe relação estatisticamente significativa entre stress (*eustress*, *distress* e stress total) e dor crónica (severidade, interferência e duração) na amostra total e em função do sexo.

c) Analisar se existe relação estatisticamente significativa entre as dimensões da vinculação (ansiedade, conforto com a proximidade, confiança nos outros) e dor crónica (severidade, interferência e duração) na amostra total e em função do sexo.

d) Analisar se existem diferenças entre a dor crónica função dos estilos de vinculação para a amostra total e para o sexo feminino e sexo masculino.

#### 4.3. Desenho da Investigação

Seguindo uma metodologia de investigação quantitativa, o presente estudo obedece a um desenho de investigação observacional analítico, dado que, o investigador não intervém e porque procurará responder à questão porque é que os sujeitos têm aquelas características. Por ter sido realizada num só momento, assume-se também como uma investigação de natureza transversal.

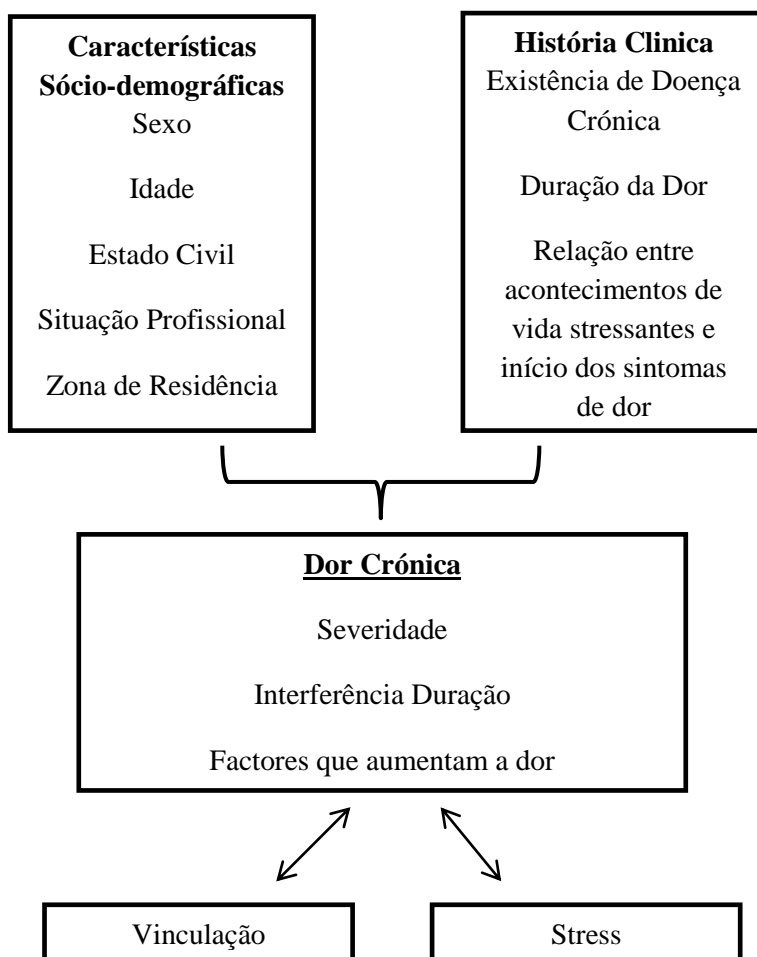


Figura 7 - Variáveis em Estudo

#### 4.4. Variáveis de Estudo

No presente estudo foram definidas como variáveis principais:

- a) Vinculação – dimensões da vinculação (ansiedade, conforto com a proximidade; estilos de vinculação (seguro, preocupado, desligado, amedrontado)
- b) Acontecimentos de Vida – *eustress*, *distress* e stress total
- c) Dor Crónica – severidade; interferência e duração

No que diz respeito às variáveis secundárias foram seleccionadas as seguintes:

- a) Sexo – feminino, masculino
- b) Idade – número de anos
- c) Estado Civil – solteiro; casado/união de facto; divorciado/separado; viúvo
- d) Número de Filhos
- e) Com quem vive: número de pessoas com quem vive; com quem (companheiro (a); pais; outros familiares; outros)
- f) Escolaridade – nenhuma; não completou o ensino primário; 1º ciclo; 2º ciclo; 3º ciclo; ensino secundário; ensino Superior
- g) Profissão
- h) Situação Profissional – empregado a tempo inteiro; empregado a tempo parcial; desempregado; trabalhador/estudante; estudante; reformado; reforma antecipada/pensão por invalidez;

- i) Principal fonte de rendimento – actividade profissional; financeiramente dependente; bens/rendimentos; subsídios; outra
- j) Zona de Residência – rural; urbana
- k) Religião – se tem religião; qual religião; praticante; não-praticante
- l) Existência de diagnóstico de doença crónica: qual; quando foi diagnosticada; primeiros sintomas; tratamento
- m) Duração da Dor – em intervalos de tempo (Há 3 meses; de 1 a 2 anos; de 3 a 5 anos; de 6 a 10 anos; há mais de 10 anos.
- n) Acontecimento de vida marcante e início dos sintomas
- o) Estratégias de *Coping* – estar com a minha família; atenção; relaxar; concentrar pensamentos em outra coisa; rezar; outra.
- p) Factores que aumentam a dor – ansiedade; stress; depressão; actividade física; outra
- q) Suporte Social – sim, não

## **4.5. Método**

### **4.5.1. Participantes**

No presente estudo adoptou-se o método de amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que os participantes foram seleccionados à medida que compareciam às consultas e mostravam cumprir os critérios de inclusão previamente definidos.

A amostra do estudo é constituída por 100 participantes de ambos os sexos com diagnóstico de dor crónica (Quadro 2), com idades compreendidas entre 25 e os 90 anos de idade (Quadro 3).

Quadro 2.

*Distribuição dos participantes em função do sexo*

Sexo	n	%
Feminino	85	85,0
Masculino	15	15,0
Total (N)	100	100,0

Quadro 3.

*Idades dos participantes (N=100)*

	Média	DP	Min.	Máx.
Idade	54,68	12,18	25	90

Os participantes são, na sua maioria, casados ou vivem em união de facto (Quadro 4).

Quadro 4.

*Distribuição dos participantes de acordo o estado civil*

Estado Civil	n	%
Solteiro	12	12,0
Casado/União de facto	73	73,0
Divorciado/Separado	10	10,0
Viúvo	5	5,0
Total (N)	100	100,0

No que concerne à situação profissional, verifica-se que grande parte dos participantes se encontra a trabalhar a tempo inteiro, sendo a reforma antecipada a situação profissional mais representada a seguir (28%) (Quadro5).



## Quadro 5

*Distribuição dos participantes em função da situação profissional*

Situação Profissional	N	%
Empregado a tempo inteiro	30	30,0
Empregado a tempo parcial	2	2,0
Desemprego	10	10,0
Reforma	23	23,0
Reforma antecipada/Pensão antecipada	28	28,0
Estudante	1	1,0
Doméstica	5	5,0
Baixa Médica	1	1,0
Total (N)	100	100,0

Relativamente à zona de residência, verifica-se que a maior parte dos participantes reside numa zona urbana (Quadro 6).

## Quadro 6.

*Distribuição dos participantes em função da zona residência*

Zona de Residência	n	%
Urbano	85	85,0
Rural	15	15,0
Total (N)	100	100,0

#### 4.5.2. Material

Os instrumentos seleccionados para a realização do presente estudo foram: Questionário Socio-Demográfico; Escala de Vinculação do Adulto – EVA (cf. Anexo7) (Canavarro,1999); Life Experience Survey –LES (cf. Anexo 8) (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003) e Inventário Resumido da Dor – BPI (*Short Form*) (cf. Anexo 9) (Azevedo, et al., 2007). Segue-se a descrição dos respectivos instrumentos:

##### a) Questionário Socio-demográfico

Este instrumento foi especialmente elaborado para a presente investigação com o objectivo de recolher informação considerada pertinente para a caracterização dos participantes. O instrumento é constituído por 20 itens de resposta fácil e directa permitindo aos inquiridos responderem num curto espaço de tempo (Quadro 7).

Quadro 7.

*Constituição do Questionário Sócio Demográfico e Inquérito História clínica*

Categorias	Itens
Socio-demográficas	Sexo, idade, estado civil, número de filhos, com quem vive, escolaridade, profissão, situação profissional, principal fonte de rendimento, zona de residência
Variáveis Clínicas	Existência de doença crónica, duração, sintomas, estratégias e <i>coping</i> , factores que aumentam dor

##### b) Escala de Vinculação (EVA)

A Escala de Vinculação do Adulto resulta da adaptação para população portuguesa da Adult Attachment Scale de Collins e Read (1990) realizada por Canavarro em 1997.

Com base no instrumento de avaliação da Vinculação no adulto de Hazan e Shaver (1987) e, nos padrões de Vinculação identificados por Ainsworth para a infância (seguro, evitante e ansioso), Collins e Read (1990) desenvolveram um conjunto de itens

com o objectivo de identificar dimensões associadas aos três estilos de Vinculação no adulto

Esta escala é um instrumento de auto-relato, composto por 18 itens que se encontram agrupados em 3 dimensões, cada uma composta por 6 itens: Ansiedade; Conforto com a Proximidade dos Outros e Confiança nos Outros (Canavarro et al., 2006) (Quadro 8).

Quadro 8.

*Dimensões da EVA e itens pertencentes a cada dimensão (Adaptado de Canavarro et al., 2006)*

Factores	Itens por Factor
Ansiedade	3,4,9,10,11,15
Conforto Com a Proximidade dos Outros	1,6,8,12,13,14
Confiança nos Outros	2,5,7,16,17,18

A dimensão 1, Ansiedade refere-se ao grau de ansiedade sentida pelo indivíduo, relacionada com questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser bem querido; a dimensão 2, Conforto com a Proximidade dos Outros diz respeito ao grau em que o individuo se sente confortável com a aproximação e intimidade; dimensão 3, Confiança nos Outros refere-se ao grau de confiança que os indivíduos têm nos outros, bem como, na disponibilidade desses quando sentida como necessária (Canavarro et al., 2006).

Segundo Canavarro et al. (2006), a cada dimensão corresponde um tipo de vinculação. O grupo correspondente ao perfil Seguro sente-se confortável com a proximidade, é capaz de confiar nos outros e não sente especial receio em ser abandonado; o grupo relativo ao perfil Evitante não se sente confortável com a proximidade, não confia nos outros e não sente especial receio em ser abandonado; por sua vez o grupo respeitante ao perfil Preocupado, não se sente confortável com a proximidade, não confia nos outros e sente um grande receio com a possibilidade de ser abandonado (Canavarro, et al.,2006).

Para o preenchimento do instrumento é pedido ao indivíduo que indique o grau em que cada uma das afirmações contempladas na escala descreve a forma como geralmente se sentem face às relações afectivas que estabelece, de acordo com uma escala do tipo Likert que varia entre o “nada característico em mim” e o “extremamente característico em mim”. Os itens da escala deverão ser cotados de 1 a 5 (Canavarro, et al., 2006).

De forma a obter as pontuações nas 3 dimensões, os itens da escala devem ser cotados de 1 a 5, sendo de extrema importância ter em conta os itens que são cotados de forma invertida (itens: 2,7,8,13,16,17,18). Após cotação dos itens, deverá ser feito o somatório do conjunto de itens que constituem cada dimensão, dividindo a pontuação total obtida pelo número de itens (Canavarro, et al., 2006).

Tendo em linha de conta os procedimentos sugeridos por Collins e Read (1990), realizou-se com a amostra portuguesa uma análise de clusters tendo sido encontrados clusters que correspondem à descrição teórica dos três estilos de Vinculação no Adulto de Hazan e Shaver (1987): Seguro (Conforto com proximidade, confiança nos outros, sem receio e abandono); Evitante (desconforto com a proximidade, sem confiança nos outros e sem receio especial de abandono) e Preocupado (desconforto com a proximidade, sem confiança nos outros e com muito receio da possibilidade de abandono (Canavarro, et al., 2006).

Seguindo a sugestão de Collins (1996), procedeu-se igualmente à exploração da classificação dos indivíduos nos quatro protótipos de vinculação propostos por Bartholomew (1990). Primeiramente foram calculados os valores médios nas dimensões Ansiedade, Confiança e Conforto com a proximidade, bem como, o valor compósito das dimensões Confiança nos outros e Conforto com a proximidade (do valor médio destas duas dimensões surge a variável Conforto-Confiança). A partir destes cálculos foi possível identificar os seguintes estilos de vinculação: Seguro (valores médios superiores a 3 na variável Conforto-Confiança e inferiores a 3 na variável ansiedade); Preocupados (valores médios superiores a 3 nas variáveis Conforto-Confiança e e superiores a 3 na variável Ansiedade); Desligados (valores médios inferiores a 3 nas variáveis Conforto-Confiança e inferiores a 3 na variável Ansiedade) e Amendrontado

(valores médios inferiores a 3 na variável Conforto-Confiança e superiores a 3 na variável Ansiedade) (Canavarro et al., 2006).

Importa salientar que no presente estudos foram tidos em conta os estilos de vinculação definidos por Bartholomew (1990) para análise da Escala de Vinculação do Adulto.

No que diz respeito à consistência interna da escala, os estudos psicométricos indicam que esta apresenta níveis adequados de consistência interna sendo que o valor de alfa de cronbach para o total da escala é elevado (0,81). No que respeita às dimensões, só é elevado para a dimensão Ansiedade (0,84). As dimensões Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros apresentam valores de 0,67 e 0,54, sendo este último um valor inferior ao desejável (Canavarro, et al., 2006).

Como é possível verificar a partir da análise do Quadro 9 os coeficientes de Cronbach para todas o total das dimensões é 0, 267 que comparativamente ao valor obtido na adaptação é um valor bastante inferior. No que respeita a cada uma das dimensões, obteve-se um valor de 0,722 na dimensão Ansiedade, e de 0,507 e 0,590 nas dimensões Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros, sendo estes valores inferiores ao desejável.

#### Quadro 9.

*Coeficientes de consistência interna da Escala de Vinculação do Adulto (Canavarro,1997)*

Dimensões	Valores de alfa	
	Valores de alfa obtido	Valor de alfa da adaptação
Ansiedade	0,722	0,84
Conforto com a Proximidade	0,507	0,67
Confiança nos outros	0,590	0,54
Score total dimensões	0,267	0,81

### **c) Life Experience Survey (LES)**

A LES foi desenvolvida por Sarason et al. em 1978, tendo sido adaptada para a população portuguesa por Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso e Ramos, em 2003.

Trata-se de um instrumento de auto-relato, composto por 57 itens que permitem ao indivíduo indicar acontecimentos que experienciou ao longo do último ano e nos últimos 6 meses. Encontra-se dividido em duas partes: (1) a primeira parte é constituída por 47 itens referentes a acontecimentos de vida específicos com acréscimo de 3 espaços em branco que permitem ao indivíduo mencionar outros acontecimentos de vida não abordados pela escala; (2) a segunda parte é composta por 10 acontecimentos de vida relacionados com a vida académica sendo essencialmente dirigida a estudantes, podendo contudo ser adaptada para outras populações (Silva, Ribeiro, Cardoso & Ramos).

O formato da LES leva os respondentes a avaliar separadamente os acontecimentos no que se refere a desejabilidade e a intensidade do seu impacto. Neste sentido, é pedido ao indivíduo que para além de indicar os acontecimentos que experimentou num passado recente (entre 0-6 meses e 6 meses e 1 ano), avalie se estes foram positivos ou negativos e qual a intensidade do seu impacto (Silva, et al., 2003).

Na versão portuguesa foram apenas considerados os acontecimentos de vida que ocorreram no último ano, não se fazendo uma distinção dos acontecimentos ocorridos nos últimos 6 meses, bem como, dos 6 meses anteriores a esse período. É uma escala de auto-preenchimento, contudo, nesta versão apenas estão contemplados 47 itens e os 3 espaços em branco, em que o indivíduo pode indicar outros acontecimentos não mencionados na escala, que devem ser respondidos segundo uma escala tipo Lickert. As opções de resposta vão desde “muito negativo”(cotado com -3), “mais ou menos negativo”(cotado com -2); “um pouco negativo”(cotado com -1); “não teve consequências”(cotado com 0); “um pouco positivo”(cotado com 1); “mais ou menos positivo”(cotado com 2); “muito positivo”(cotado com 3) e “não se aplica”. Esta última opção de resposta não consta da versão original, contudo, Silva et al. (2003) considerou pertinente a implementação desta opção dada a importância de distinguir as respostas omissas do facto do acontecimento não ter ocorrido durante o último ano (Silva, 2003).

Nesta versão foram omitidas as questões relacionados com a vida académico, dado que estas questões não são aplicáveis a todos os inquiridos (Silva, et al., 2003)

O valor de mudança positivo é calculado através do somatório dos itens designados como positivos pelo indivíduo e o valor de mudança negativa é calculado a partir da soma dos acontecimentos considerados como negativos por este. O valor de stress total (correspondente a mudança total de acontecimentos de vida desejáveis e indesejáveis) é obtido a partir do somatório dos valores de mudança positiva e negativa (Silva, et al., 2003).

À semelhança do que acontece com a escala original, não existe ponto de corte que permita classificar os resultados obtidos (Silva et al., 2003).

A relação verificada entre os valores obtidos da LES e as medidas de desejabilidade social, mostrou não ser significativa, o que revela que as respostas parecem estar relativamente livres de enviesamento provocado pela desejabilidade social (Sarason, Johnson & Siegel, 1978).

Esta escala caracteriza-se por ser de compreensão e resposta fáceis. Uma das vantagens apresentadas pela escala está relacionada com a distinção entre as mudanças desejáveis e indesejáveis, bem como pelo facto da LES possibilitar a obtenção dos valores individualizados do impacto da mudança positiva e negativa (Silva et al., 2003).

No que diz respeito à consistência interna da escala, esta apresenta um alfa de Cronbach de 0,70 o que pode ser considerado aceitável.

Procedeu-se igualmente à análise da consistência interna deste instrumento para o presente estudo, através do cálculo do alfa de Cronbach. Contudo, uma vez que o número de respostas é reduzido, considerando a dimensão da amostra, não foi possível obter resultados.

#### **d) Inventário Resumido da Dor**

O Inventário Resumido da Dor (Brief Pain Inventory- BPI) foi desenvolvido por Charles S. Cleeland em 1991, tendo sido traduzido, adaptado e validado para a

população portuguesa por Azevedo et al. (2007). Este inventário pretende avaliar a gravidade e o impacto da dor no funcionamento diário do indivíduo, especificamente o nível da severidade e nível de interferência da dor nas dimensões do quotidiano do sujeito (Azevedo et al., 2007; Cleeland, 2009).

A versão longa BPI revelou-se demasiado extensa para ser utilizada repetidamente na monitorização clínica ou na investigação. Perante essa realidade foi desenvolvida uma versão mais reduzida do BPI – Brief Pain Inventory (Short Form) (Cleeland, 2009).

A tradução, adaptação e validação para a versão portuguesa foi realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), a partir de um estudo que contemplou uma amostra de 331 doentes seguidos em 13 Unidades de Dor Crónica a nível nacional. A análise descritiva dos itens permitiu verificar níveis elevados de severidade e interferência funcional da dor nestes doentes (Azevedo, et al., 2007). No que diz respeito à análise de consistência interna para as subescalas, verificou-se um valor alfa de 0.985 para a subescala severidade da dor e um valor alfa de 0.842 para a subescala interferência da dor, apresentando neste sentido uma boa consistência interna (Azevedo, et al., 2007).

Tal como é possível verificar a partir da análise do Quadro 10, os coeficientes de alfa de Cronbach para as subescalas severidade e interferência é de 0,837 e 0,870, o que corrobora com a boa consistência interna desta escala, segundo os critérios definidos por Pestana e Gageiro (2008).

#### Quadro 10.

*Coefficientes de consistência interna do Inventário Resumido da Dor (BPI) (Azevedo, 2007)*

Dimensões	Valores de Alfa	
	Valor alfa obtido	Valor de alfa adaptação
Severidade	0,837	0,985
Interferência	0,870	0,842



O instrumento é constituído por 15 itens. O primeiro item é dicotómico e permite verificar a existência de dor; o segundo item identifica e localiza a dor através da indicação das áreas de dor num diagrama representativo do corpo humano; os quatro itens seguintes (dor máxima, mínima e média) permitem classificar a dor a partir de escalas numéricas de classificação 0-10 (0 corresponde a “sem dor” e 10 corresponde a “a pior dor que se pode imaginar”). Estes itens correspondem a subescala de Severidade da dor. Os itens 7 e 8 avaliam o tipo de tratamento utilizado e a eficácia do mesmo. Os restantes 7 itens constituem a subescala da Interferência Funcional nas actividades gerais (mobilidade, humor, relações com as pessoas, trabalho, sono e prazer em viver), também classificados com escalas numéricas de classificação 0-10 (0 corresponde “não interferiu” e 10 corresponde a “interferiu completamente”) (Azevedo et al., 2007)

A cotação do instrumento é realizada a partir da soma dos itens de cada escala e dividido pelo número de itens. (Azevedo et al., 2007) No que diz respeito ao primeiro item (item dicotómico), Cleeland (2009) definiu-o como sendo de resposta opcional, dado não terem sido avaliadas as suas características psicométricas. No que diz respeito ao 9 que corresponde a percentagem de alívio proveniente do tratamento da dor, este não foi considerado como útil pelos autores, não sendo desta forma cotado.

Considerando a dor não-oncológica referem-se as seguintes classificações: interferência leve (1-3), interferência moderada (4-6) e interferência severa (7-10) (Hauber, et al., 2008). Só se poderá obter esse valor se mais de 50% dos itens, ou seja, se mais de 4 itens tiverem sido completados pelo respondente (Cleeland, 2009). Este valor irá permitir obter uma orientação sobre a importância da percepção da interferência da dor na vida do indivíduo na última semana, potenciando uma reflexão sobre o quanto a sua dor tem interferido nas mais diversas áreas do seu dia-a-dia (Azevedo, et al., 2007).

O tempo de aplicação do instrumento é estimado entre 5 a 15 minutos, sendo desta forma, um instrumento de rápido preenchimento e adequado a populações clínicas (Azevedo et al., 2007).

É de cotação fácil, rápida e simples, afigurando um método genérico prático de medição e avaliação da dor numa óptica multidimensional (Azevedo, et al., 2007).

Importa salientar que a qualidade e importância deste instrumento foram realçadas pela existência de versões validadas em mais de 10 línguas, sendo este, recomendado por profissionais na área da medição e avaliação da dor (Azevedo, et al., 2007).

#### **4.6. Procedimento**

Para a realização da presente investigação e, numa primeira fase, foi solicitada a autorização formal aos autores das versões portuguesas dos instrumentos, Escala de Vinculação do Adulto (EVA) e a Life Experiences Survey (LES). No que concerne ao Inventário Resumido da Dor não foi necessário solicitar autorização dado que o instrumento se encontra publicado. Procedeu-se igualmente ao pedido de autorização, por escrito à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, bem como da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS- Norte) tendo esta sido concedida.

Após autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa e dos respectivos autores dos instrumentos supramencionados, procedeu-se ao contacto e pedido formal para análise e autorização da recolha de dados nas seguintes instituições: Hospital Pedro Hispano (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.); Centro de Saúde de Seia; Associação de Doentes com Lupus; Clínica Pedagógica de Fisioterapia da Universidade Fernando Pessoa; Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Os critérios de inclusão desta amostra obedeceram aos seguintes aspectos: (1) doentes crónicos com dor crónica e/ ou doentes com dor crónica e, (2) que assinassem o consentimento informado para participar no estudo.

Todos os participantes foram informados acerca dos objectivos e do procedimento da investigação, bem como, do carácter confidencial e anónimo da mesma. Foi salientado que a participação era voluntária, existindo desta forma a possibilidade de recusar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência para os mesmos. A recolha de dados foi apenas realizada após o seu consentimento livre e esclarecido, obtido por escrito, para a participação na investigação.

A administração do protocolo de investigação foi feita de forma individual numa única sessão, na presença da investigadora para que, desta forma fosse possível o esclarecimento de dúvidas. O preenchimento do protocolo teve uma duração aproximada de 15/20 minutos.

No que respeita à ordem de administração do protocolo de investigação foi preenchido primeiramente o consentimento informado, de seguida foi administrado o Questionário Sócio-Demográfico, seguido da escala de Vinculação do Adulto, Life Experience Survey e por último o Inventário Resumido da Dor.

A recolha de dados decorreu entre os meses de Novembro de 2011 e Maio de 2012.

O processamento e a análise estatística dos dados obtidos foram efectuados com recurso ao software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), tendo os dados sido codificados de forma a não ser possível identificar os participantes, sendo estes sempre analisados em grupo e nunca individualmente.

## Capítulo V – Resultados

Os resultados expostos referem-se às análises realizadas com base nos dados recolhidos, dispostos segundo os objectivos que foram previamente propostos. Acresce mencionar que algumas variáveis recolhidas durante a administração do protocolo de avaliação, não serão analisadas por limitação de tempo e espaço, contudo, pretende-se estudá-las em investigações posteriores.

Esta apresentação será apenas de carácter descritivo e inferencial uma vez que a discussão dos resultados será efectuada posteriormente.

O primeiro objectivo específico formulado pretende descrever a amostra em função das características clínicas.

Verifica-se que 56 % dos participantes apresentam um quadro de doença crónica (Quadro11), dos quais 51,8% apresentam diagnóstico de Lupus, 19,6% apresentam diagnóstico de artrite reumatóide e 16,1% apresentam um quadro clínico de Fibromialgia (Quadro12), sendo estas as doenças crónicas mais representadas.

### Quadro 11.

*Distribuição dos participantes em função da existência de doença crónica (N= 100)*

Doença Crónica	N	%
Sim	56	62,0
Não	44	38,0
Total (N)	100	100,0

## Quadro 12.

*Distribuição dos participantes em função do tipo de doença crónica (N=56)*

Doença Crónica	N	%
Colite Ulcerosa	1	1,8
Lupus	29	51,8
Artrite reumatóide	11	19,6
Artroses	1	1,8
Fibromialgia	9	16,1
Lombalgia	2	3,6
Poliartrite reumatóide	1	1,8
Osteoporose	1	1,8
Faringite crónica	1	1,8

No que diz respeito à duração da dor, grande parte dos participantes refere que sente dor há mais de 10 anos e apenas 3% refere sentir dor há três meses (Quadro 13).

## Quadro 13.

*Distribuição dos participantes em função da duração da dor*

Duração da Dor	n	%
Há 3 meses	3	3,0
De 3 a 6 meses	4	4,0
De 1 ano a 2 anos	13	13,0
De 3 a 5 anos	10	10,0
De 6 a 10 anos	11	11,0
Há mais de 10 anos	59	59,0

Do total de participantes, 44% refere encontrar relação entre o início dos sintomas de dor e acontecimentos stressantes (Quadro14). Destes, 9% correspondem a cirurgias, 7% a situações de pós-parto e 3% ao início de menopausa (Quadro 15).

## Quadro 14.

*Distribuição dos participantes em função da relação entre o início dos sintomas de dor e acontecimentos de vida stressantes*

Relação		
dor/acontecimentos stressores	<i>N</i>	%
Sim	44	44,0
Não	56	56,0
Total (N)	100	100,0

## Quadro 15.

*Distribuição dos participantes em função dos acontecimentos de vida stressantes (N=44)*

Acontecimentos stressantes	N	%
Início de Menopausa	3	3,0
Esforço físico no trabalho	3	3,0
Fármaco	1	1,0
Ida do marido para fora	1	1,0
Falência da empresa e infidelidade do marido	1	1,0
Gravidez	3	3,0
Stress no trabalho	3	3,0
Nascimento da filha com deficiência	1	1,0
Vítima de violência doméstica	3	3,0
Fim de relação amorosa	1	1,0
Cirurgia	9	9,0
Pós-parto	7	7,0
Morte de um familiar	2	2,0
Problemas conjugais	2	2,0
Desemprego	1	1,0
Morte de um familiar e divórcio	1	1,0
Saída de casa de um filho(a)	1	1,0
Stress no trabalho e fim de relação amorosa	1	1,0

No item do questionário sócio-demográfico referente aos factores que aumentam a dor (item 19), foi dada aos participantes a possibilidade de seleccionar mais do que uma opção de resposta. Neste sentido, verifica-se que grande parte dos participantes refere que o stress aumenta a dor, seguido da actividade física e da ansiedade. (Quadro 16)

## Quadro 16.

*Distribuição dos participantes em função dos factores que aumentam a dor*

Factores aumentam a dor	N	%
Ansiedade	32	32,0
Stress	54	54,0
Depressão	15	15,0
Actividade física	46	46,0

A partir da análise da EVA pode verificar-se que maioria dos participantes apresentam um estilo de vinculação seguro e 10% não se insere em nenhum dos estilos de vinculação definidos por Bartholomew (1990) (Quadro 17).

## Quadro 17.

*Distribuição dos participantes em função dos estilos de vinculação*

Estilos de Vinculação	N	%
Seguro	72	72%
Preocupado	5	5%
Desligado	7	7%
Amendrontado	6	6%
Não Classificáveis	10	10%

O segundo objectivo específico formulado é analisar se existe relação estatisticamente significativa entre stress (distress e eustress) e dor crónica (severidade, interferência e duração) na amostra total e em cada um dos sexos. Foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação  $r$  de Pearson, com o objectivo de determinar a percentagem de variância (de uma variável explicada pela outra) da relação entre stress (stress total, distress e eustress) e a dor crónica (severidade e interferência e duração) na amostra total e em cada um dos sexos.

É possível verificar que, para o total de participantes, existe uma correlação positiva significativa baixa entre a severidade da dor e o distress, bem como entre a severidade da dor e a percepção total de stress. A correlação é igualmente positiva significativa baixa entre a interferência de dor e o distress e a interferência da dor e a percepção total de stress. Isto é, quer a severidade quer a interferência da dor aumentam



à medida que a percepção de stress negativo e de total de stress aumentam. Para as dimensões duração da dor e stress não foram encontradas correlações estatisticamente significativas (Quadro 18)

Quadro 18.

*Relação entre dor crônica e stress para a amostra total (N = 100)*

Dor	Eustress	Distress	Stress total
Severidade	r = 0,039 p = 0,701	r = 0,249* p = 0,012	r = 0,224* p = 0,025
Interferência	r = -0,042 p = 0,675	r = 0,352** p = 0,0001	r = 0,267** p = 0,007
Duração	r = -0,099 p = 0,328	r = 0,130 p = 0,197	r = 0,057 p = 0,576

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01

Verifica-se a existência de correlações positivas significativas fracas, para o sexo feminino, entre severidade da dor e distress, severidade da dor e percepção total de stress, interferência da dor e distress e interferência da dor e percepção total de stress. Isto é, os participantes do sexo feminino apresentam uma maior interferência da dor quanto maior é sua percepção de stress negativo e stress total e parecem senti-la de forma mais severa quanto maior é a sua percepção de stress negativo e de stress total. No mesmo sentido que os resultados obtidos para o total de participantes, não foram encontradas relações estatisticamente significativas para as dimensões duração da dor e eustress (Quadro 19).

Quadro 19.

*Relação entre dor crônica e stress para o sexo feminino (N = 85)*

Dor	Eustress	Distress	Stress total
Severidade	r = 0,044 p = 0,690	r = 0,210** p = 0,054	r = 0,194 p = 0,075
Interferência	r = -0,063 p = 0,565	r = 0,338* p = 0,002	r = 0,242* p = 0,026
Duração	r = -0,102 p = 0,355	r = 0,149 p = 0,172	r = 0,069 p = 0,533

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01

O Quadro 20 mostra a inexistência de correlações estatisticamente significativas entre dor e stress, em todas as suas dimensões, nos indivíduos do sexo masculino.

Quadro 20.

*Relação entre dor crónica e stress para o sexo masculino (N = 15)*

Dor	<i>Eustress</i>	<i>Distress</i>	Stress total
Severidade	r = -0,102 p = 0,716	r = 0,449 p = 0,093	r = 0,355 p = 0,194
Interferência	r = 0,153 p = 0,586	r = 0,431 p = 0,109	r = 0,414 p = 0,125
Duração	r = -0,199 p = 0,477	r = -0,027 p = 0,925	r = -0,081 p = 0,775

O terceiro objectivo formulado é analisar se existe relação estatisticamente significativa entre vinculação (dimensões da EVA) e dor crónica (severidade, interferência e duração) na amostra total e em função do sexo. Para tal foi realizada análise correlacional com o objectivo de determinar a percentagem de variância.

Na análise dos Quadro 21 é possível constatar que existe correlação negativa significativa entre a interferência da dor e a dimensão confiança nos outros, isto é, quanto maior é a confiança nos outros, menor é a interferência da dor. Para as outras dimensões da dor e a vinculação não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

Quadro 21.

*Relação entre dor crônica e as dimensões da vinculação para a amostra total (N = 100)*

Dor	Ansiedade	Conforto com proximidade	Confiança nos outros
Severidade	r = 0,035 p = 0,729	r = -0,037 p = 0,718	r = -0,071 p = 0,480
Interferência	r = 0,148 p = 0,142	r = -0,099 p = 0,326	r = -0,200* p = 0,046
Duração	r = 0,123 p = 0,224	r = -0,132 p = 0,192	r = 0,086 p = 0,393

\*p &lt; 0,05

No quadro 22 constata-se que não existem correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da dor e a vinculação quando analisadas no sexo masculino.

Quadro 22.

*Relação entre dor crônica e as dimensões da vinculação para o sexo feminino (N = 85)*

Dor	Ansiedade	Conforto com proximidade	Confiança nos outros
Severidade	r = 0,040 p = 0,718	r = -0,084 p = 0,445	r = -0,025 p = 0,822
Interferência	r = 0,166 p = 0,128	r = -0,155 p = 0,157	r = -0,163 p = 0,137
Duração	r = 0,098 p = 0,372	r = 0,085 p = 0,438	r = 0,148 p = 0,177

Tal como os resultados encontrados para o sexo feminino, o quadro 23 mostra que não existem correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da dor e a vinculação quando analisadas no sexo masculino.

Quadro 23.

*Relação entre dor crónica e as dimensões da vinculação para o sexo masculino (N = 15)*

Dor	Ansiedade	Conforto com proximidade	Confiança nos outros
Severidade	r = -0,018 p = 0,948	r = 0,254 p = 0,360	r = -0,370 p = 0,174
Interferência	r = 0,029 p = 0,919	r = 0,263 p = 0,343	r = -0,425 p = 0,114
Duração	r = 0,238 p = 0,393	r = -0,419 p = 0,120	r = -0,217 p = 0,437

Para o quarto objectivo específico, analisar se existem diferenças na severidade, interferência e duração da dor em função dos estilos de vinculação para a amostra total e para o sexo feminino e sexo masculino, procedeu-se à comparação de médias através da análise de variância univariada ANOVA. Constatou-se que não existem diferenças significativas quer para a severidade, quer para a interferência ou duração da dor entre indivíduos com diferentes estilos de vinculação para amostra total (Quadro 24)

Quadro 24.

*Diferenças entre a dor crónica em função dos estilos de vinculação para a amostra total (N = 90)*

Dor	Estilos de Vinculação								ANOVA		
	Seguro		Preocupado		Desligado		Amedrontado		F	gl	P
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
Severidade	4,88	2,067	4,85	1,808	5,46	2,089	5,75	3,358	0,433	3	0,730
Interferência	4,86	2,389	4,74	3,708	4,53	3,221	6,19	2,479	0,577	3	0,632
Duração	4,94	1,452	5,20	1,304	4,71	1,704	6,00	0,000	1,150	3	0,334

A partir da análise do Quadro 25, é possível verificar que não existem diferenças significativas quer para a severidade, quer para a interferência ou duração da dor em função dos estilos de vinculação para o sexo feminino.

Quadro 25.

*Diferenças entre a dor crónica em função dos estilos de vinculação para o sexo feminino (N=78)*

Dor	Estilos de Vinculação								ANOVA		
	Seguro		Preocupado		Desligado		Amedrontado		F	gl	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
Severidade	4,91	2,357	4,85	1,808	5,88	1,954	5,85	3,744	0,502	3	0,682
Interferência	4,91	2,357	4,74	3,708	5,14	3,049	6,20	2,771	0,426	3	0,735
Duração	5,02	1,408	5,20	1,304	4,83	1,385	6,00	0,000	0,839	3	0,477

Aquando da análise das frequências de distribuição dos participantes do sexo masculino pelos diferentes estilos de vinculação, conclui-se que a sua representatividade não permitia a realização de análise estatística, uma vez que, em mais do que um estilo de vinculação a frequência de distribuição era de apenas um sujeito.

## Capítulo VI – Discussão

Na discussão, pretende-se efectuar uma síntese e análise crítica dos resultados obtidos, confrontando-os entre si, bem como com o enquadramento teórico que orientou a presente investigação, tentando enfatizar o seu significado e implicações.

Num primeiro momento, importa referir que a amostra se caracteriza por ser heterogénea no que diz respeito a distribuição por sexo, na medida em que a percentagem de mulheres é consideravelmente superior comparativamente à dos homens. Este aspecto pode ter condicionado os resultados obtidos aquando das análises realizadas com o sexo masculino. O contexto em que foi realizado a recolha da amostra, bem como, o facto de quadro de dor crónica ser mais grave e prevalente em mulheres (Nogueira et al, 2008) poderá explicar o facto de terem sido inquiridos mais mulheres do que homens.

Tendo em conta o objectivo principal deste estudo – analisar a relação entre dor crónica, vinculação e acontecimentos de vida stressantes – definiram-se 4 objectivos específicos a fim de concretizar o mesmo.

Considerando o segundo objectivo específico, onde pretendemos analisar se existe relação estatisticamente significativa entre stress (stress total, distress e eustress) e dor crónica (severidade, interferência e duração) na amostra total e em função do sexo, discutimos neste ponto, os resultados obtidos.

No que concerne a relação entre stress (stress total, distress e eustress) e dor crónica (severidade, interferência e duração), foi possível verificar que existe uma relação estatisticamente significativa entre distress e a severidade da dor, bem como entre distress e interferência da dor, em função da amostra total, o que nos evidencia que quanto maior for a percepção de stress maior será a severidade e a interferência da dor. Estes resultados permitem-nos confirmar que acontecimentos de vida stressantes, podem influenciar o estado de saúde do indivíduo na medida que provocam mudanças no padrão habitual, afectando-o emocional, cognitiva e fisiologicamente, tal como postulado por Holmes e Rahe (1967) ao desenvolverem a Teoria dos Acontecimentos de Vida.

Elevados níveis de stress provocam mudanças no sistema imunitário podendo desta forma promover a vulnerabilidade a quadros de doença (Moreira & Melo, 2005; Ribeiro, 1998). Neste sentido, podemos concluir que a exposição prolongada do organismo a elevados níveis de stress contribuem para um estado de exaustão do organismo colocando em causa a homeostasia do mesmo (Selye, 1976).

Quanto mais acontecimentos stressantes o indivíduo experienciar maior será a probabilidade do mesmo sofrer emocional e fisicamente, podendo esta acção manifestar-se como estímulo desencadeador de inúmeras doenças geneticamente programadas que poderiam permanecer latentes na ausência de stress, bem como de doenças “oportunistas” que se instalam frente à debilidade do sistema imunológico. De entre essas doenças podemos referir o Lupus e a Fibromialgia (Everly, 1989), sendo estas quadros clínicos presentes na amostra do estudo. Para além de doenças podem advir sintomas físicos como tensão e dor muscular que, por período prolongado, pode levar ao desenvolvimento ou exacerbar de dores músculo-esqueléticas

Importa contudo salientar que a própria dor também causa stress gerando-se assim uma espiral de dor e stress cada vez mais intensa (Tolentino & Rabelo, 2009).

Quando analisada a relação stress (stress total, distress e eustress) e dor crónica (severidade, interferência e duração) em função do sexo feminino, foi possível verificar a existência de relação entre severidade da dor e distress indicando que quanto maior for a percepção de dor maior é a severidade da dor. O que corrobora a ideia de que as mulheres têm uma maior susceptibilidade e sensibilidade para quadros de dor (Fillinguim, 2003; Myers et al., 2003).

O modelo biopsicossocial da dor pode ser adaptado para explicar a forma como surge e se mantém a dor nas mulheres. Segundo este modelo, factores sócio-culturais, biológicos e psicológicos estão interligados, retro-influenciam-se e são determinantes no surgimento e manutenção de dores crónicas (Turk et al., 2002). Neste sentido, e tendo em conta os indivíduos do sexo feminino, verifica-se que fisiologicamente a mulher tem mais predisposição para desenvolver quadros de dor, tanto da decorrência de processos biológicos naturais (e.g. menstruação, menopausa), bem como pela sua anatomia. A mulher sofre variações hormonais a partir das alterações dos níveis de estrogénio,

progesterona e testosterona. Essas variações afectam o sistema nervoso simpático potenciando maior sensibilidade podendo desencadear estados dolorosos (Berkley, 1997).

Ao nível dos pensamentos e crenças, a mulher reporta mais respostas negativas frente à dor na medida em que tende a enfatizar os aspectos emocionais da mesma. Importa ainda neste ponto salientar que as mulheres tendem associar a causa da dor a eventos internos (Nogueira, 2008).

Um outro elemento que caracteriza a forma como as mulheres vivenciam a experiência dolorosa poderá estar relacionado com os comportamentos e os papéis que a cultura ou o grupo social a que pertencem determinam. Dos estereótipos existentes salienta-se a ideia de que as mulheres têm menos resistência à dor e que são muito mais sensíveis a estados dolorosos potenciando desta forma que as mulheres expressem mais claramente os seus sintomas (Berkley, 1997).

No que concerne aos indivíduos do sexo masculino, foi possível verificar que, contrariamente às mulheres, não se verifica relação entre stress (stress total, distress e eustress) e dor crónica (severidade, interferência e duração). A inexistência de relação entre stress e dor crónica no sexo masculino poderá igualmente ser explicada à luz dos pressupostos do modelo biopsicossocial da dor. Ao nível biológico, o homem apresenta uma maior tolerância a vários focos de dor e menor sensibilidade à mesma (Nogueira, 2008).

Ao nível dos pensamentos e crenças, o homem controla melhor as consequências emocionais relacionadas com a experiência de dor, ressaltando os factores sensoriais e funcionais da mesma, tendendo a associar a dor a factores externos (Nogueira, 2008)

Ao nível dos comportamentos e dos papéis sociais ou grupo social em que se inserem, os estereótipos definidos pelos mesmos, de que os homens têm maior resistência à dor e menor sensibilidade, poderão fazer com que o homem tenha uma maior dificuldade em expressar os seus sintomas. Neste sentido, o homem exhibe



comportamentos de negação e as suas estratégias de coping são mais pobres em termos emocionais, dando menos ênfase ao suporte familiar (Berkley, 1997).

No que diz respeito à relação entre a duração da dor e stress (stress total, distress e eustress) em função da amostra total e em função do sexo, não se verificam correlações estatisticamente significativas. Analisando os resultados emergem algumas questões merecedoras de reflexão. Considerando o facto de 59% da amostra referir que sente dor há mais de 10 anos e o instrumento seleccionado para avaliar o nível de stress, se circunscrever apenas aos acontecimentos de vida ocorridos no último ano, poderá ter condicionado esta análise, na medida em que os acontecimentos de vida ocorridos no último ano poderão não ser representativos de grandes níveis de stress. Por outro lado o facto maioria dos indivíduos da amostra referirem sentir dor há mais de 10 anos poderá ser potenciador do desenvolvimento de padrões de resiliência em relação à experiência dolorosa.

A resiliência caracteriza-se por um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam ter um vida “sã” num meio “não são”. Estes processos realizam-se ao longo do tempo, resultando da combinação entre as características do indivíduo, do seu meio familiar, social e cultural (Rutter, 1993).

Importa ainda referir que a resiliência não é uma característica ou traço individual mas sim um conjunto de processos psicológicos que devem ser cuidadosamente analisados, não sendo uma característica fixa. Sendo assim, pode ser desencadeada e desaparecer em determinados momentos da vida, bem como estar presente em algumas áreas e ausente em outras (Rutter, 1993).

A resiliência diz respeito à capacidade que o indivíduo possui para usufruir das suas próprias crenças e estabilidade, capacitando-o a resistir a acontecimentos adversos. Neste sentido, a resiliência caracteriza-se por ser o produto final de um processo de imunização que não elimina o risco mas encoraja o indivíduo a enfrentá-lo (Rutter, 1990).

Tendo em conta esta linha de raciocínio, bem como o objectivo do presente estudo, poderá levantar-se a hipótese de que o indivíduo com dor crónica pode

desenvolver padrões de resiliência face à permanência e cronicidade do quadro doloroso de forma a adaptar-se à condição adversa e desta forma manter a homeostasia do física e do psíquico. Contudo, esta poderá diluir-se ou até mesmo desaparecer quando expostos a elevados níveis de stress desencadeados por acontecimentos stressores.

Considerando o terceiro objectivo específico, onde pretendemos analisar se existe relação entre as dimensões da vinculação (ansiedade, conforto com a proximidade e confiança nos outros) e dor crónica (severidade, interferência e duração) na amostra total e em função do sexo, não foram encontradas relações estatisticamente significativas à excepção da dimensão confiança e conforto e a interferência da dor no que diz respeito a amostra total, evidenciando que quanto maior for a confiança nos outros menor é a interferência da dor.

Os episódios relacionados com a doença podem levar à activação do sistema de vinculação, uma vez que podem representar perda, ameaça, isolamento e dependência (Maunder & Hunter, 2001). Especificamente na experiência de dor crónica, os comportamentos de procura de proximidade e apoio são activados, por vezes, até de forma exacerbada, outras vezes, desvalorizando os sintomas de dor. Tal comportamento poderá dever-se ao facto de indivíduos com diferentes estilos de vinculação divergirem relativamente à forma como reagem aos problemas físicos (Mikulincer & Shaver, 2007), activando comportamentos de vinculação, que reflectem a forma como os indivíduos percebem e lidam com os eventos stressantes (Feeney, 2008).

Tendo por base os estilos de vinculação propostos por Bartholomew (1990), indivíduos seguros expressam com maior clareza os sintomas e recorrem à ajuda de terceiros. Estes tendem a obter uma resposta assertiva por parte das figuras de vinculação, no que diz respeito às necessidades de proximidade e segurança, particularmente em situações de grande stress (Simpson & Rholes, 1994). Este constructo sustenta os resultados obtidos entre a dimensão confiança e conforto e a interferência da dor, ou seja, quanto maior for a percepção de confiança e conforto no outro menor é a percepção de interferência da dor.

No quarto objectivo específico, e dado que, não foi encontrada relação entre as dimensões da vinculação e a dor crónica, optou-se por verificar se existem diferenças

entre os estilos de vinculação definidos por Bartholomew (1990) e a dor crónica (severidade, interferência e duração) na amostra total e em função do sexo. À semelhança do que aconteceu no objectivo anterior, não foram igualmente encontradas diferenças entre estilos de vinculação e dor crónica, quer na amostra total quer em função do sexo.

Analisando os resultados surgem algumas questões merecedoras de reflexão tendo por base a literatura, bem como o delimitar de possíveis hipóteses que podem explicar a inexistência da relação entre as dimensões da vinculação e a dor crónica assim como a inexistência de diferenças entre os estilos e a dor crónica.

Tendo por base o modelo de vinculação com diátese (predisponente) da dor crónica, o padrão individual de vinculação desencadeia diferentes mecanismos (avaliação da dor, avaliação do self e avaliação do suporte social) que têm impacto nas respostas (estratégias de coping, comportamentos de procura de ajuda e estado emocional), e consequentemente no ajustamento à dor.

De acordo com este modelo, uma vinculação insegura será um factor potenciador de um ajustamento deficitário à dor, tornando-se o indivíduo desta forma mais vulnerável à disfuncionalidade na vivência da experiência dolorosa. Estes indivíduos tendem a avaliar cognitivamente a dor como uma ameaça, o self como incapaz de lidar com o stress (associado a experiência dolorosa) e os outros como pouco disponíveis e responsivos às suas necessidades. Consequentemente, estes tendem a ter uma percepção mais acentuada e negativa da dor no que diz respeito à severidade e interferência, desenvolvendo tendencialmente quadros depressivos associados à mesma, ao contrário do que acontece aos indivíduos com um estilo de vinculação seguro.

Uma exposição acentuada e prolongada a situações de stress (desencadeado, por exemplo, por um quadro de doença) pode promover uma activação prolongada e não resolvida do sistema de vinculação e, desta forma, exacerbar a sensação de insegurança base, potenciadora de estilos de vinculação inseguros. Contudo, em indivíduos seguros, as interacções positivas com as figuras de vinculação, em situações geradoras de maior stress, podem reforçar e fortalecer a confiança do indivíduo no que

diz respeito a responsividade e suporte das suas figuras de vinculação (Simpson & Rholes, 1994).

Neste sentido, e no que diz respeito à vinculação do adulto e à condição de doença, não só o doente influencia os outros, mas também a família e outros agentes envolvidos influenciam a experiência de dor crónica (Feeney, 2008).

Apesar do modelo de vinculação com diátese (predisponente) da dor crónica evidenciar a relação entre a dor crónica e os estilos de vinculação, não foi possível verificar a mesma relação na amostra utilizada para o estudo. Neste sentido, poderá levantar-se a hipótese do facto da distribuição dos participantes em função dos estilos de vinculação definidos por Bartholomew (1990) se caracterizar por ser heterogénea, bem como pelo facto de em determinados estilos de vinculação haver apenas um sujeito, condicionando desta forma a análise.

Importa ainda referir a informação pertinente que foi recolhida junto dos participantes através do questionário sócio-demográfico especificamente no que diz respeito aos itens 17 e 19 que dizem respeito à relação entre o início dos sintomas de dor e acontecimentos de vida stressantes e aos factores que aumentam dor.

Verifica-se que, quando questionados acerca dos factores que aumentam a dor, 54% refere o stress como potenciador do exacerbar dos sintomas dolorosos, o que reforça a relação entre stress e dor crónica (Selye, 1965; Tolentino & Rabelo, 2009). Da mesma forma, a dor também pode causar stress gerando-se assim uma espiral de dor e stress cada vez mais intensa.

No que concerne ao item referente à relação entre o início dos sintomas de dor e acontecimentos de vida stressantes, 44% dos participantes refere existir relação entre o início dos sintomas de dor e acontecimentos de vida stressantes. Quando questionados acerca de qual (ou quais) o(s) acontecimento(s) que ocorreram aquando do início dos sintomas, os participantes referiram 18 acontecimentos diferentes dos quais curiosamente 13 são relacionados com questões emocionais.

Esta evidência remete-nos novamente para a relação entre stress e dor crónica. Acontecimentos de vida stressantes influenciam o estado de saúde do indivíduo (Holmes & Rahe, 1967) na medida em que o estado psicológico influencia o sistema imunológico (Maia, 2002; Ogden, 2004).

Quanto maior for a exposição a acontecimentos stressantes e quanto maior for a percepção negativa do indivíduo acerca dos mesmos maior é a possibilidade de sofrer física e emocionalmente (Steptoe, 2005).

## **Conclusão Geral**

A dor caracteriza-se por ser um fenómeno multidimensional, uma experiência dinâmica individual e subjectiva (Júnior & Figueiredo, 2001), caracterizando-se desta forma por ser uma realidade bastante complexa, na medida em que, unicamente poderá ser descrito pelo indivíduo que a sente (Turk, 2003), verificando-se desta forma uma notável variabilidade na percepção e expressão da mesma (Roper et al.,1995).

A dor crónica torna-se em si mesmo uma doença com elevadas implicações biológicas, psicológicas e sociais, devendo desta forma ser entendida como um fenómeno global e encarado à luz de uma perspectiva holística, tendo por base além do tipo de dor, o contexto socio-cultural do indivíduo, a sua condição biológica e psíquica, bem como experiências anteriores de dor, avaliando desta forma o significado da experiencia dolorosa (Mackintosh,2005).

A persistência e cronicidade da dor pode fazer com que o indivíduo viva centrado nela, incapacitando-o de desviar a sua atenção para outras actividades. Neste sentido a dor passa a fazer parte integrante da vida do indivíduo, sendo esta capaz de dominar tanto o corpo como a mente.

A sua elevada prevalência e o impacto negativo, faz da dor crónica um verdadeiro problema de saúde pública. Importa neste sentido analisar e reflectir de forma mais aprofundada este fenómeno tentando compreender a sua etiologia para desta modo intervir de forma mais eficaz.

A dor crónica é muitas vezes encarada apenas como um sintoma de doença e não como uma experiência física e psicossocial.

A ideia de que a alteração biológica precipita o desenvolvimento da condição dolorosa é importante mas, não é por si só suficiente para a explicar a vivência da dor.

A dor como fonte de ameaça precipita comportamentos de vinculação que variam segundo as características dos seus modelos internos dinâmicos. (Mikail,2003). Neste sentido determinadas características dos estilos de vinculação influenciam a expressão e curso da doença (Barbosa et al., 2010 Maunder & Hunter, 2001).

Especificamente na experiência de dor crónica, os comportamentos de procura de proximidade e apoio são activados, divergindo esta activação em função dos estilos de vinculação. Cada indivíduo activa comportamentos de vinculação que, reflectem a forma como os mesmos percebem e lidam com os eventos stressantes (Feeney, 2000; Keefe et al, 2006; Mikulincer & Shaver, 2007).

Para além da influência dos estilos de vinculação, os acontecimentos stressantes têm igualmente um impacto acentuado na vida dos indivíduos. Desta forma verifica-se uma relação entre acontecimentos de vida stressantes (e.g. aparecimento da dor crónica e a persistência dos sintomas) e mudanças no sistema de vinculação (Matos, 2002).

Seguindo esta linha de raciocínio e tendo por base a revisão bibliográfica pode concluir-se que os acontecimentos de vida stressantes estão intimamente relacionados com o surgimento de doenças (Selye, 1956) e que, a forma como o indivíduo lida com esses acontecimentos é influenciada, pelo estilo de vinculação e as características dos modelos internos dinâmicos (Matos, 2002).

Verifica-se que uma exposição acentuada e prolongada a situações de stress (desencadeado por exemplo por um quadro de doença) pode promover uma activação prolongada e não resolvida do sistema de vinculação e, desta forma exacerbar a sensação de insegurança base, potenciadora de estilos de vinculação inseguros. Contudo, em indivíduos seguros, as interações positivas com as figuras de vinculação, em situações geradoras de maior stress, podem reforçar e fortalecer a confiança do indivíduo no que diz respeito a responsividade e suporte das suas figuras de vinculação (Simpson & Rholes, 1994).

Segundo o modelo de vinculação com diátese (predisponente) da dor crónica (Meredith, Ownsworth e Strong 2008) o padrão individual de vinculação desencadeia diferentes mecanismos (avaliação da dor, avaliação do *self* e avaliação do suporte social) que têm impacto nas respostas (estratégias de *coping*, comportamentos de procura de ajuda e estado emocional), e consequentemente no ajustamento à dor.

Uma vinculação insegura será um factor potenciador de um ajustamento deficitário à dor, tornando-se o indivíduo desta forma mais vulnerável à disfuncionalidade na vivência da experiência dolorosa. Estes indivíduos tendem a avaliar cognitivamente a dor como uma ameaça, o *self* como incapaz de lidar com o stress (associado a experiência dolorosa) e os outros como pouco disponíveis e responsivos às suas necessidades. Consequentemente estes tendem a ter uma percepção mais acentuada e negativa da dor no que diz respeito à severidade e interferência da mesma, desenvolvendo tendencialmente quadros depressivos associados à experiência de dor, ao contrário do que acontece aos indivíduos com um estilo de vinculação seguro (Meredith ,Ownsworth e Strong 2008).

Tendo por base este constructo teórico, o presente trabalho procura contribuir, embora de forma modesta para a compreensão do fenómeno da dor no que diz respeito ao surgimento e persistência do mesmo tentando analisar se existe relação entre a dor crónica, vinculação e acontecimentos de vida stressantes.

Os resultados alcançados revelam contudo apenas existir relação entre distress e stress total e severidade e interferência da dor em função da amostra total. Quando analisada em função do sexo apenas se verifica uma relação estatisticamente significativa entre severidade da dor e distress e entre interferência da dor e distress e stress total nos participantes do sexo feminino.

No que diz respeito à relação entre as dimensões da vinculação (ansiedade, conforto com a proximidade e confiança nos outros) e dor crónica (severidade, interferência e duração) apenas foi encontrada relação entre a dimensão confiança nos outros e a interferência da dor em função da amostra total. Quando analisada em função do sexo não se verificaram relações estatisticamente significativas.

De igual modo, não se verificaram relações estatisticamente significativas no que diz respeito às diferenças entre os estilos de vinculação (seguro, preocupado, desligado e amedrontado) e dor crónica (severidade, interferência e duração), no que diz respeito à amostra total, bem como em função do sexo.



Como se pode verificar os resultados encontrados não foram totalmente de encontro ao preconizado pela literatura o que poderá ficar a dever às limitações do presente estudo.

À semelhança de outras investigações o presente estudo comporta um conjunto de limitações, tais como: o facto da amostra do estudo ser de carácter heterogéneo na medida em que é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino. O facto de apenas 15 participantes serem do sexo masculino poderá ter comprometido o nível de significância estatística dos dados e, por conseguinte, uma compreensão robusta e conclusiva da sua discussão. Importa ainda referir que os instrumentos seleccionados para o presente estudo poderão representar igualmente uma limitação. Salienta-se por exemplo, o facto do instrumento seleccionado para avaliar o stress (LES) se circunscrever apenas aos acontecimentos de vida ocorridos no último ano podendo, este último ano não ser representativo de elevados níveis de stress e, desta forma não evidenciar a real relação entre stress e dor crónica tendo por base a percepção individual de cada participante.

Apesar do instrumento seleccionado para avaliar a dor ser um instrumento multidimensional apresenta igualmente uma limitação, devido ao facto de utilizar uma escala numérica para quantificar a severidade e interferência da dor o que constitui uma limitação junto de indivíduos com alterações cognitivas e/ou baixos níveis literários.

O instrumento ideal para a avaliação da dor deveria incluir a identificação da presença de dor bem como a evolução da mesma em função do tempo e tratamento, da mesma forma que deveriam ser aplicáveis a qualquer indivíduo, independentemente das características fisiológicas, emocionais ou culturais.

Deste modo, em próximos estudos seria importante que fosse tido em consideração a diversidade de características clínicas e sociodemográficas da amostra dado que esta deverá ser representativa da população que se pretende estudar. De igual modo deverá ter-se em consideração a selecção de instrumentos capazes de medir adequadamente as variáveis em estudo.

Devido à complexidade e subjectividade do fenómeno dor, emerge a necessidade de compreender a dor não apenas como um sintoma de doença física mas como uma experiência física e psicossocial devendo a sua terapêutica centrar-se numa avaliação física e psíquica (como um todo) evidenciando-se a necessidade de acompanhamento psicológico como complemento indispensável.

Importa tratar o doente e não apenas as doenças, à luz de uma perspectiva holística feita para o indivíduo e não apenas para uma simples categorização de diagnóstico.

Seria igualmente pertinente fazer algumas sugestões no domínio da formação dos profissionais de saúde visando a sensibilização dos mesmos para o binómio indivíduo doença.

Por último e não menos importante seria interessante desenvolver grupos de partilha promovendo um locus de reflexão e debate sobre aspectos que envolvam a problemática dor crónica.

## Referências

American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.

Ainsworth, M & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341.

Ainsworth, M. Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of strange situation. Hillsdale: Erlbaum.

Albuquerque, A. (1987). Stress: Causas, prevenção e controlo. Lisboa: Texto Editora.

Andrade, F. A., Pereira, L. V. & Sousa, F. (2006). Mensuração da dor no idoso. *Revista Latino-am Enfermagem*, 14(2) 271-276.

Araújo-Soares, V. & Figueiredo, M. (2001). Dor: A hydra de sete cabeças. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 3(2) 159-184.

Araújo- Soares, V., McIntyre, T. & Figueiredo, M. (2002). Depressão e dor crónica: Implicações para a intervenção. *Psicologia – Teoria, Investigação e Prática*. 7(2) 202-226.

Azevedo, L. F., Costa Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Romão, J., Patto, T., Vaz, S., Abrunhosa, R., Carvalho, C. J., Cativo, M. C., Correia, D., Coucelo, G., Craveiro, B., Loureiro, M. C., Silva, B. & Castro Lopes, J. M. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação da dor crónica. *Dor*, 15(4), 6-56.

Bastos, Z. (2005). Multidisciplinariedade e organização das unidades de dor crónica. In J. M. Caseiro (Coord.). *Biblioteca da dor*. Lisboa: Permanyer.

Barón, M., Zapiain, J. & Apodaca, P. (2002). Apego e satisfacción afectivo-sexual en la pareja. *Psycothema*, 14, 469-475.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationship*, 7, 147-178.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.

Bendelow, G. A. & Williams, S. J. (1995). Transcending the dualisms: Towards a sociology of pain. *Sociology of Health & Illness*. 17(2), 139-154.

Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Berkley, K. J. (1997). Female vulnerability to pain and the strength to deal with it. *Behavior Brain Science*. 20(3), 473-478.

Besson, J. M. (1999). The neurobiology of pain. *The Lancet*, 353, 1610-1615.

Bidarra, A. P. (2010). *Vivendo com a dor: O cuidador e o doente com dor oncológica*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Borges, C. S., Luiz, A. M., Domingos, N. A. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em estresse e dor crônica. *Arquivo Ciências Saúde*, 16(4) 181-6.

Bowlby, J. (1958). The nature of child's tie to this mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 1-23.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

Bowlby, J. (1990). *Apego: A natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.

Bragança, A., & Campos, R. (2010). Estilos de vinculação amorosa e experiências relacionais na infância de cariz disfuncional: Um estudo com uma amostra de estudantes universitários. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M. Taveira (Eds.) *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, (pp. 1682-1693). Retirado de <http://www.actassnip2010.com>.

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.

Brown, B. T., Bonello, R. & Pollard, H. (2005). The biopsychosocial model and hypothyroidism chiropractic & osteopathy. *Biomed Central*, 13(5) 1-9.

Cabral, A. P. Souza, K. N., Macedo, L. M., Mendes, M. G. A., Medeiros, P. A. S. & Gomes, R. M. (1997). O estresse e as doenças psicossomáticas. *Revista de Psicologia*. 1(1). Retirado de <http://www.icb.ufmg.br/lpf/mono1.pdf>.

Cailliet, R. (1999). *Dor: Mecanismos e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.

Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C., Dias, P. & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 155-186.

Cassidy, J. (1999). The nature of child's tie. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment – theory, research and clinical applications*, (pp.3-20). New York: Guilford Press.

Castro- Lopes, J. M. (2003). *Fisiopatologia da dor*. In J. M. Caseiro (Coord.). *Biblioteca da dor*. Lisboa: Permanyer.

Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., Paiva, M. (2010). Pain Proponsal: A Dor Crónica em Portugal. Retirado de [https://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal\\_Country%20Snapshot.pdf](https://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf).

Catalano, E. M. & Hardin, K. N. (2004). Dores crónicas: Um guia para tratar e prevenir. São Paulo: Summus.

Catana, C. (2005). Dor crónica na perspectiva da psicologia clínica. *Dor*. 13(3), 15-18.

Chapman, C., Nakamura, Y. & Flores, L. (1999). Chronic pain and consciousness: a constructivist perspective. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.). *Psychosocial Factors in Pain* (pp. 35-55). New York: The Guilford Press.

Cleeland, C. (2009). The Brief Pain Inventory: User guide. Retirado de [http://www.Mdanderson.org/education-and-research/departments-and-divisions/symptom-research/symptom assement-tools/BPI User Guide.pdf](http://www.Mdanderson.org/education-and-research/departments-and-divisions/symptom-research/symptom%20assessment-tools/BPI%20User%20Guide.pdf).

Cohen, S. & Herbert, T. B. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from a perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*. 47, 113-142.

Cohen, S., Frank, E., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S. & Gwaltney, J.M., (1998). Types of stressors that increase susceptibility to common cold in healthy adults. *Health Psychology*, 17, 214-223.

Collins, N. L. & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8(4), 644-663.

Collins, N. L. & Read, S. J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew & D. Pearlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood* (Vol 5) (pp.53-92). London: Jessica Kingsley Publications.

Coniam, S. & Diamond, A. (1997). Controlo da dor. (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores

Crofford, L. J. & Casey K. L. (1999). Central modulation of pain perception. *Rheumatology Disorders Clinical of North America*, 25, 1-13.

Crowell, J. A., Fraley, R. C. & Shaver, P. R. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment - Theory, research and clinical applications*, (pp.434-468). New York: Guilford Press.

Dias, P. M. (2007). Vinculação e regulação autonómica nas perturbações alimentares. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.

Direcção Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático de intensidade de dor. Circular Normativa nº09//DGCG DE 14/06.

Everly, G. S. (1989). *A Clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Press.

Faria, C., Fonseca, M., Lima, V., Soares, I. & Klein, J. (2007). Vinculação na idade adulta. In I. Soares (Coord.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*, (pp.121-158). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Fenney, J., & Noller, P. (1996). *Adult attachment*. Thousands Oaks: Sage Publications

Fenney, J. (2008). Adult romantic attachment: Developments in the study of couple relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research and clinical Applications* (2ª Ed) (pp.456-481). New York: Guilford Press.

Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L. & Jensen, M. P. (2010). Pain – related interference in daily life: Validation of a Portuguese version of the Brief Pain

Inventory Interference Scale. In Cruz, F. & Petrus, J. (Orgs). Saúde, Cultura e Sociedade. Actas do 5º Congresso Internacional. (pp 164-181). Viseu: AGIR

Filho, M, J. (1992). Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artmed.

Fillingim, R, B (2003). Sex-related influences on pain: a review of mechanisms and clinical implications. *Rehabilitation Psychology*. 48(3), 165-174.

Frutuoso, J., T. & Cruz, R., M. (2004). Relato verbal na avaliação psicológica da dor. *Avaliação Psicológica*. 3(2), 107-114.

Furman, W. (2002). The emerging field of adolescent romantic relationships. *Current Directions in Psychological Science*, 11, 177-180.

Gala, F. J., Lupiani, M., Guillen, C., Sanabria, A. G. & Lupiani, S. (2003). Aspectos psicosociales del dolor. *Cuadernos de Medicina Psicosomatica Y Psiquiatrica de Enlace*. 66, 46-55

Gatchel, R. J., Baum, A. & Krantz, D. S. (1989). An introduction to health psychology. New York: McGraw-Hill.

Gomes, A. (2008). Abordagem psicológica no controlo da dor. In J. M. Caseiro (Coord.) *Biblioteca da dor*. Lisboa: Permanyer.

Gonçalves, A. (2002). Aspectos psicológicos da dor crónica. *Biblioteca da Dor*, 10(1), 5-9.

Graziani, P. & Swendsen, J. (2007). O stress – Emoções e estratégias de adaptação. (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Greenberg, M., T. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment - Theory, research and clinical Applications*, (pp.469-496). New York: Guilford Press.



Guedeney, N. & Guedeney, A. (2004). Vinculação: conceitos e aplicações. Lisboa: Climepsi.

Hagger, M. S. & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of commonsense model of illness representation. *Psychology and Health*. 18(2), 141-184.

Hazan, C. & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.

Hespanhol, A. (2005). Burnout e stress ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1/2), 153-162.

Hinde, R. A. (1997). Relationships: a dialectical perspective. UK: Psychology Press.

Hinde, R. A. & Stevenson-Hinde, J. (1988). Relationships within families: Mutual influences. UK: Clarendon Press.

Hinkle, Jr., L.E., (1977). "The concept of «stress» in the biological and social sciences" in J. Lipowski, D. R. Lipsit & P. C. Whybrow (Eds). *Psychosomatic Medicine. Current Trends and Clinical Applications*. New York: Oxford University Press.

Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

INCA (2001). Cuidados paliativos oncológicos - Controlo da dor. Retirado de [http://www.inca.gov.br/publicações/manual\\_dor.pdf](http://www.inca.gov.br/publicações/manual_dor.pdf).

International Association of the Study of Pain (1979). Pain terms. A list with definitions and note on usage. *Pain*. 6, 249-252.

Júnior, R. & Figueiró, J. (2001). Depressões secundárias - Depressões em medicina interna e em outras condições Médicas. São Paulo: Atheneu.

Kanner, R. (1998). Segredos em clínica da dor. Porto Alegre: Artmed.

King, S. A. (2006). Transtornos Dolorosos. In R. E. Hales & S. C. Yudofsky. Tratado de Psiquiatria Clínica. (4ª Ed) (pp. 963-980). Porto Alegre: Artmed.

Kunce, L. & Shaver, P. (1994). Attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. *Advances in Personal Relationships*, 5, 205-237.

Lipp, M. (2001). Estresse emocional: A contribuição de estressores internos e externos. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 28(6), 347-349.

Lage, M. I. (2007). Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacto do cuidado no cuidador informal. (Dissertação de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Lazarus, R. (1993). From psychological stress to emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

Leal, M. (1995). Stress e burnout: Estudo comparativo entre médicos de família e outros. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Lipp, M., & Malagris, L (1995). Manejo do Estresse, In: B. Range (Org.) *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, aplicações e problemas*. Editorial Psy, Campinas.

Loureiro, A., Caseiro, A., Magalhães, H. & Costa, C. (1999). *Cadernos de oncologia*. (1ª Ed.) Lisboa: Novartis Farma.

Lopes, S. & Macedo, G. (2010). Avaliação da eficácia da intervenção em grupo para diminuição do sofrimento psicológico em doentes com dor crónica. In. C.

Sequeira & L. Sá (Coord.). Sociedade portuguesa de enfermagem de saúde mental. Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Lucas, I. S. (1984). Satisfação dos profissionais de saúde. Teorias e conceitos. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 2, 63-68.

Maia, A. C. (2002). Emoções e sistema imunológico: Um olhar sobre a psiconeuroimunologia. *Psicologia: teoria, investigação e prática*. 2, 207-225.

Main, M., Kaplan, N. & Cassidy (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to level of representation. In I., Bertherton & E., Waters (Eds.). *Growing points of attachment theory and research*. (Vol. 50) (pp. 66-104) Monographs of the society for research in child development.

Margis, R., Picon, P. Cosner, A. F. & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 25(1), 65-74.

Martinez, J. E., Grassi, C. G. & Marques, L. G. (2011). Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 51(4), 299-308.

Matos, P. (2002). (Des)continuidades na vinculação aos pais e ao par amoroso em adolescentes. (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Maunder, R., & Hunter, J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and Disease. *Psychosomatica Medicine*, 63, 556-567.

Mikail, S. (2003). Attachment and experience of chronic pain: A couples perspective. In. S. M. Johnson & V. E. Whiffen (Eds.), *Attachment process in couple and family therapy* (pp. 366-385). New York: The Guilford Press.

Mikulincer, M. & Shaver, P. (2007). Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change. New York: The Guilford Press.

Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire major properties and scoring methods. Pain. 1(3), 277-279.

Melzack, R. (1993). Pain: past, present and future. Canadian Journal of Experimental Psychology. 47(4), 615-629.

Melzack, R. (2001). Pain and neuromatrix in the brain. Journal of Dental Education., 65(12),1378-1382.

Melzack, R. & Wall, P. D. (1987). Desafio da Dor. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Mendes, A. M. (2000). Stress em estudantes de enfermagem e imunidade: Contribuições para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com stress. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.

Meredith, P., Ownsworth, T. & Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. Clinical Psychology Review, 28(3),407-429.

Moreira, M. (2004). Os vínculos afectivos na toxicodependência: Um estudo exploratório. (Monografia não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Moreira, P. & Melo, A. (2005). Saúde mental - Do tratamento à prevenção. Porto: Porto Editora.

Myers, C., Riley, J. L., Robinson, M. E. (2003). Psychosocial contributions to sex – Correlated differences in pain. Clinical Journal Pain, 19(4), 225-232

Nogueira, M., Portnol, A. G., Okada, M., Teixeira, M. J. & Casetto, S. J. (2008). As diferenças entre homens e mulheres no enfrentamento da dor crónica. *Revista da Dor*. 9(2), 1242-1252.

Pacheco, A., Costa, R. & Figueiredo, B. (2003). Estilo de vinculação, qualidade da relação com figuras significativas e da aliança terapêutica e sintomatologia psicopatológica: Estudo exploratório com mães adolescentes. *Revista Internacional de Psicologia Clinica y de la Salud*, 3(1), 35-59.

Paiva, C. & Figueiredo, B. (2003) Abuso no contexto do relacionamento íntimo com o companheiro: Definição, prevalência, causas e efeitos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4 (2), 165-184.

Paulo, J. (2003). Ajudar o doente com dor: Bem avaliar para melhor intervir. *Dor*, 11(4), 6-8.

Pestana, M. H. & Gagueiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

Rigotti, M. A. & Ferreira, A. M. (2005). Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arquivo Ciência Saúde*. 12(1), 50-54.

Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C. & Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 1(10), 67-75.

Rodrigues, A. M. & Gomes, I. (2008). Ansiedade e depressão na dor crónica. In I. Leal, J. L. Pais-Ribeiro, I. Silva. & S. Marques (Eds). Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. (pp 73-77). Porto: Universidade do Porto

Roper, N., Logan, W. W. & Tierney, A. J. (1995). Modelo de enfermagem. Alfragide: Editora McGraw-Hill.

Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. Journal of Adolescent Health. 14, 226-631

Santos, A. M. & Castro, J. J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4(16), 675-690.

Sarafino, E. (1994). Health psychology: biopsychosocial interactions (2nd Ed.). New York: Wiley.

Sarason, I. G., Johnson, J. H., Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the life experiences survey. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 46(5), 932-946.

Sarason, I. G., Levine, H. M. & Sarason, B. R. (1982). Assessing the impact of life changes. In T. Milton, C. Green & R. Meagher. Hand book of clinical healthpsychology (pp. 377-399) New York: Plenum Press.

Schaffer, H., R. (1996). Desenvolvimento social da criança. Lisboa: Instituto Piaget.

Scheidt, C. E. & Walter, E. (2002). Attachment representation and affect regulation. Current finding of attachment research and their relevance for psychosomatic medicine. *Revista Portuguesa de Psicossomática*.1(4), 85-97.

Seldrake, A. (2005). Models of health and illness. In C. Banks & K. Mackrodt (1ª Ed.) Chronic Pain Management. (pp.1-35). London: Whurr Publishers.

Selye, H. (1956). The stress of life. New York: Longmans.

Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: Macgraw-Hill.

Seymour, J. & Paz, S. (2004). Pain: Theories, evaluation and management. In S. Payne, J. Seymour & C. Ingleton. *Paliative care nursing: principles and evidence for practice*, (pp.260-298). London: Open University Press.

Silva, A. L. (1992). Estudando o stress: Considerações preliminares. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 28, 79-80.

Silva, F. P. P. (2000). Burnout: Um desafio à saúde do trabalhador. *Revista de Psicologia Social e Institucional*, 2 (1). Retirado de <http://www.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>

Silva, I., Ribeiro, J. & Ramos, H. (2003). Contributo para adaptação da life experience survey (LES) à população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2),49-59.

Silva, J. A. P. & Branco, J. C. (2001). Dor em reumatologia: Abordagem bio-psico-social. *Dor*, 9(1) 6-11.

Simpson, J. & Rholes, W. (1994). Stress and secure base relationship in adulthood. *Advances in Personal Relationships*, 5, 181-204.

Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições do Autor.

Schwob, M. (1997). *A Dor*. Lisboa: Biblioteca Básica de Ciências e Ciências e Cultura.

Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Soares, I. (2009). Desenvolvimento da teoria e investigação da vinculação. In I. Soares (Coord.). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*, (pp.13-45). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Soares, I., Martins, E. & Tereno, S. (2009). Vinculação na infância. In I. Soares (Coord.), *Relações de Vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e Avaliação* (pp.13-45). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Soares, V. (1997). Dor Crónica: Questões e resposta no domínio da conceptualização e avaliação. In A. Gonçalves (Eds.). *Conferência Internacional da Avaliação Psicológica - Formas e Contexto* (Vol. V) (pp. 461-475). Braga: APPORT.

Sousa, F. F. & Silva J. A. (2004). Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. *Revista da Dor*. 5(4), 408-429.

Sousa, F. F. & Silva, J. A. (2005). A métrica da dor (Dormetria): Problemas teóricos e metodológicos. *Revista da Dor*. 6(1), 469-513.

Stroufe, L. A. & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.

Pimenta, C. A. & Teixeira, M. J. (1996). Questionário de dor McGill: Proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Revista Escola de Enfermagem, USP*, 30(3), 473-478.

Thomas, M. (2003). Pain management - The challenge. *The Ochsner Journal*. 5(2) 15-21.

Thompson, R. A. (2000). The legacy of early attachment. *Child Development*, 71(1), 145-152.

Tolentino, K. B. S. & Rabelo, D. F. (2009). Adultos com Fibromialgia - estresse percebido e estratégias de enfrentamento. *Revista Mineira de Ciências Da Saúde* 1(1), 92-100. Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

Turk, D. C. (2003). Cognitive-behavioral approach to the treatment of chronic pain patients. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*. 28, 573-579.



Turk, D. C. (2006). Pain management: Past, present and future. Retirado de <http://www.touchbriefings.com/turk.pdf>.

Turk, D. C. & Flor, H. (1989). Primary fibromyalgia is greater than tender points: Toward a multiaxial taxonomy. *Journal of Rheumatology*, 19, 80-86.

Turk, D. C., Monarch, E. S. & Willians, A. D. (2002). Psychological evaluation of patients diagnosed with fibromyalgia syndrome: A comprehensive approach. *Rheumatology Disorders Clinic of North America*, 28(2), 219-233.

Wilkinson, G. (2004). *Compreender o Stress*. Porto: Porto Editora.

Zimerman, D. (2004). *Manual de técnica psicanalítica – Uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior*, (pp.171-184). London: Tavistock Publications.